

CARTAS AL DIRECTOR

ENFISEMA EPIDURAL ASOCIADO A TRAUMATISMO TORÁCICO GRAVE

Sr. director:

La presencia de aire en el canal medular (neumorraquis o aerorraquia) asociada a neumomediastino es una situación rara¹⁻⁶, pero si además se presenta un neumotórax de forma concomitante, la situación es excepcional⁷.

A continuación presentamos un caso de enfisema epidural objetivado en la tomografía computarizada (TC) de un paciente que sufrió un accidente de tráfico.

Varón de 36 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que fue reportado a nuestro hospital tras haber sufrido un accidente de automóvil. El paciente presentaba malestar general con taquipnea y tiraje respiratorio. A su llegada tenía 30 respiraciones por minuto, saturación arterial de oxígeno del 90% (pulsioximetría), PTA 110/70 y a la exploración crepitaba la pared anterior del hemotórax derecho con disminución del murmullo vesicular. La exploración neurológica fue completamente normal. Se decidió intubación orotraqueal y una vez estabilizado el paciente se solicita TAC torácico en el que se objetiva un neumotórax anterior izquierdo, una colección de aire en el mediastino medio y posterior, enfisema subcutáneo en la región anterior torácica y una burbuja de aire en el canal medular a nivel de D2-D8.

Las causas que pueden motivar un neumorraquis son diversas: consumo de éxtasis^{8,9}, abscesos, ataques de asma o de tos, vómitos violentos, anestesia epidural, punción lumbar, cirugía o traumatismos de tórax e intervención quirúrgica vertebral^{7,10,11}. Más raramente también puede asociarse con meningitis o neumocéfalo^{7,12}. El enfisema epidural con neumotórax y neumomediastino es una situación extremadamente rara como ya se ha comentado, siendo en este caso el pronóstico medular-neurológico generalmente benigno.

El neumorraquis epidural tiene lugar generalmente por dos mecanismos, bien directamente porque el aire atmosférico llegue a través de una aguja al espacio epidural, o bien a través del mediastino posterior. En este segundo supuesto, el aire difunde desde el mediastino posterior y/o el espacio retrofaríngeo al espacio epidural sin apenas encontrar resistencia, a través de los planos fasciales y los agujeros de conjunción vertebrales⁶. En cualquier caso su presencia suele ser asintomática y en la mayoría de las ocasiones es un hallazgo casual que desaparece espontáneamente a las pocas semanas; no obstante en algunos casos puede dar una clínica similar a la de un ictus por lo que se recomienda su seguimiento¹².



Figura 1. Corte axial con ventana de pulmón. Se objetiva aire en pared torácica anterior derecha. Neumotórax anterior izquierdo. Contusiones pulmonares en base izquierda, y aire en espacio epidural en el nivel D8 (neumorraquis).



Figura 2. Corte axial con ventana de mediastino centrado en D2. Detalle del neumorraquis.

Bibliografía

- 1 Drevlengas A, Kalaitzoglou I, Petridis A. Pneumorrhachis associated with spontaneous pneumomediastinum. *Eur J Radiol* 1994;18:122-3.
- 2 Tsuji J, Takazakura E, Terada Y, et al. CT demonstration of

spinal epidural emphysema complicating bronchial asthma and violent coughing. *J Comput Assist Tomogr* 1989;13:38-9.

- 3 Willing SJ. Epidural pneumatosis: a benign entity in trauma patients. *AJNR Am J Neuroradiol* 1991;12:345.
- 4 Yoshimura T, Takeo G, Souda M, et al. CT demonstration of spinal epidural emphysema after strenuous exercise. *J Comput Assist Tomogr* 1990;14:303-4.
- 5 Dosios T, Fitas A, Zarifis G. Spontaneous epidural emphysema and pneumomediastinum. *Eur J Cardio-thorac Surg* 2000;18:123.
- 6 Defouilloy C, Galy C, Lobjoie E, Strunski V, Ossart M. Epidural pneumatosis: a benign complication of benign pneumomediastinum. *Eur Respir J* 1995;8:1806-7.
- 7 Katz DS, Groskin SA, Wasenko JJ. Pneumorrhachis and pneumocephalus caused by pneumothorax and multiple thoracic vertebral fractures. *Clin Imaging* 1994;18:85-7.
- 8 Bernaerts A, Verniest T, Vanhoennacker F et al. Pneumomediastinum and epidural pneumatosis after inhalation of "Ecstasy". *Eur radiol* 2003;13:642-3.
- 9 Mutlu H, Silit E, Pekkaflali Z, Incedayi M, Basekim C, Kizilkaya E. "Ecstasy" (MDMA) induced pneumomediastinum and epidural pneumatosis. *Diagn Intervent Radiol* 2005;11:150-151.
- 10 Kapur A, Sandhu S. Epidural pneumatosis : not necessarily benign. *AJNR Am J Neuroradiol* 1994;15:195-6.
- 11 Aribas OK, Gormus N, Kiresi DA. Epidural emphysema associated with primary spontaneous pneumothorax. *Eur J Cardio-thorac Surg* 2001;20:645-6.
- 12 Ristagno RL, Hiratzka LF, Rost RC. An unusual case of pneumorrhachis following resection of lung carcinoma. *Chest* 2002;121:1712-4.

Ramón PALACIOS BOTE*,
Antonio MARTÍNEZ MORENO*,
Juan María FERNÁNDEZ NÚÑEZ**,
Miguel CARDENAL FALCÓN**,
María Rosario PEINADO CLEMENS**,
Eduardo JIMÉNEZ LÓPEZ***

*Servicio de Radiología. **Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Cristina. Badajoz, España.

***Servicio de Urgencias del Hospital Tierra de Barros de Almendralejo. Badajoz, España.

MIXOFIBROSARCOMA CRANEAL

Sr. director:

El mixofibrosarcoma es la variante mixoide del histiocitoma fibroso maligno (HFM), una lesión fibroblástica de estroma mixoide de localización subcutánea o profunda^{1,2}.

Estos sarcomas se presentan habitualmente en extremidades³, aunque pueden aparecer en cualquier zona anatómica⁴. El HFM es un sarcoma de alto grado que representa entre el 1-3% de los sarcomas de cabeza y cuello, y la variante mixoide o mixofibrosarcoma es excepcional⁵.

Por su espectacularidad, presentamos el caso clínico de un varón de 22 años que acude al servicio de ur-

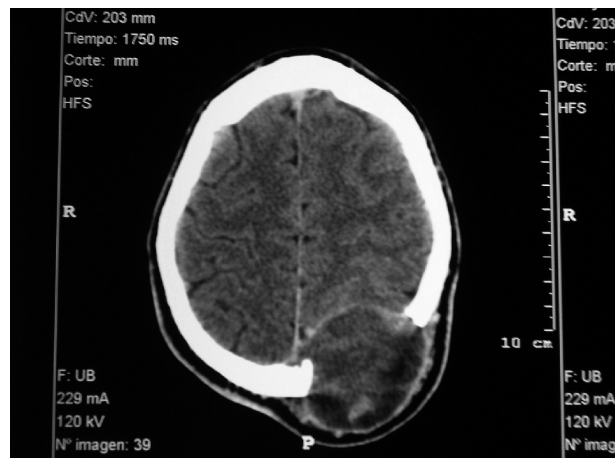


Figura 1. Tomografía computarizada de cráneo en la que se aprecia una masa extra e intratecal de localización parietooccipital izquierda.

gencias de traumatología por presentar cefaleas y tumoración parieto-occipital izquierda, palpable, visible y de gran tamaño, que según refiere comenzó a notarla unos 5 meses atrás. Al ingreso hemodinámicamente estable, eupnéico, afebril, consciente, orientado y colaborador, GCS: 15 puntos. No alteración de funciones superiores, no alteración de pares craneales y no focalidad motora ni sensitiva. La tomografía computarizada de cráneo detecta una masa extra e intracranial de localización parieto-occipital izquierda, con erosión y lisis de la calota craneal (Figura 1). La angiorresonancia muestra poca vascularización de la tumoración pero con compresión del seno longitudinal superior, aunque sin llegar a obstruirlo en su totalidad.

Se intervino realizando una craniectomía occipital izquierda, extirpando el hueso afecto y el tumor carnoso en su totalidad, que aún estando adherido a la duramadre, no la invadía. Se realizó plastia craneal acrílica con palaco, fijada con puntos de elevar centrales y miniplacas atornilladas de titanio.

El informe anatomopatológico describió un mixofibrosarcoma de grado histológico intermedio que destruía el hueso, quedando delimitado por la duramadre y la fascia subcutánea. Este tipo de tumor tiene un patrón de crecimiento periférico lobulado poco infiltrativo, y en este caso parece que no llegó a infiltrar márgenes laterales.

Bibliografía

- 1 Weiss SW, Enzinger FM. Myxoid variant of malignant fibrous histiocytoma. *Cancer* 1977;39:1672-85.
- 2 Angervall L, Kindblom LG, Merck C. Myxofibrosarcoma. A study of 30 cases. *Acta Pathol Microbiol Scand (A)* 1977;85:127-40.
- 3 Merck C, Angervall L, Kindblom LG, Oden A. Myxofibrosar-

coma. A malignant soft tissue tumor of fibroblastic histiocytic origin. A clinicopathologic and prognostic study of 110 cases using a multivariate analysis. *APMIS* 1983;91(suppl 282):1-40

- 4 Zapater E, Bagan JV, Campos A, Martorell M, Basterra J. Malignant fibrous histiocytoma of the head and neck. Case report. *Bull Group Int Rech Sci Stomatol Odontol* 1995;38:121-4.
- 5 Pandey M, Chandramohan K, Thomas A, et al. Soft tissue sarcoma of the head and neck region in adults. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003;32:43-8.

Francisco Javier GUTIÉRREZ CARACUEL,
Inmaculada APONTE TOMILLO,
Antonia VÁZQUEZ GONZÁLEZ,
Amparo GARCÍA FALCÓN

Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de Traumatología. H.H.U.U. Virgen del Rocío. Sevilla. España.

INUSUAL CUERPO EXTRAÑO EN ESTÓMAGO

Sr. director:

Presentamos el caso de un varón de 27 años, sin antecedentes de interés médico, que consultó en el servicio de urgencias tras ingesta accidental de cuerpo extraño (CE) tres días antes y refería que estaba manipulando una llave engarzada en un llavero tipo mosquetón, utilizada como mondadientes y que mientras salía de la habitación donde se encontraba, fue golpeado accidentalmente por la puerta de acceso en la cara, ingiriendo bruscamente el conjunto (llavero más tres llaves). Tras una exploración física anodina, se procedió a estudio radiológico donde se objetivó la presencia de un CE radiopaco en cavidad gástrica (Figura 1). El paciente se sometió a endoscopia digestiva alta bajo sedación endovenosa, y se identificó CE en el lumen gástrico, con una mucosa subyacente en buen estado (Figura 2). Se procedió a evacuación mediante asa de polipectomía (Figura 3), y se fraccionó en dos partes el llavero a su paso por el cardias, se extrajeron ambas sucesivamente sin ningún tipo de complicación (Figura 4). El paciente fue dado de alta sin incidencias tras permanecer doce horas en observación.

Diferentes CE se pueden alojar en el tubo digestivo, ya sea en forma accidental o provocada. Cerca del 90% de los CE deglutidos pasa espontáneamente las principales barreras intestinales, siendo eliminados por vía natural en los posteriores días. El 10% restante son elementos de diferente conformación (monedas, tapas de bebidas, palillos, agujas, cucharas, cuchillas de afeitar, pinzas metálicas, etc.) y/o potencialmente tóxicos (baterías, pilas, etc), que pueden ser extraídos mediante procedimientos endoscópicos. Sólo en el 1% es necesario llegar a la cirugía. Entre las

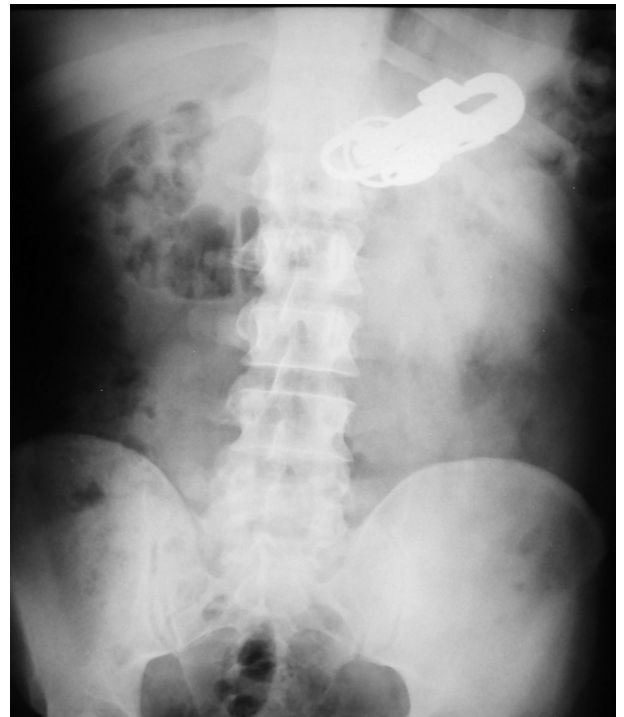


Figura 1. Radiografía simple de abdomen donde se objetiva la presencia de un cuerpo extraño.

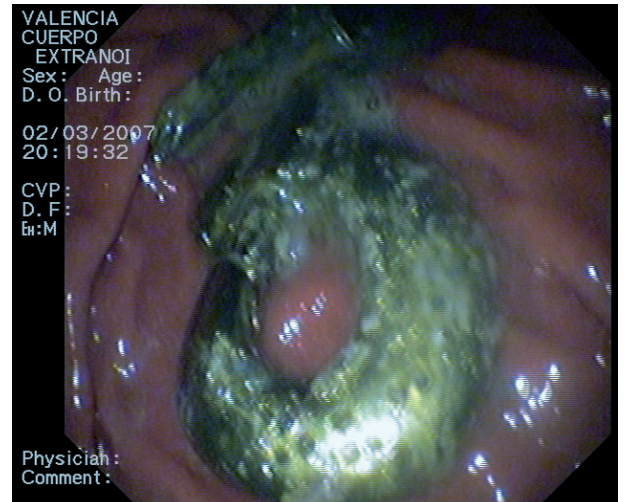


Figura 2. Endoscopia digestiva alta del paciente que muestra una mucosa subyacente en buen estado.

complicaciones severas de la ingestión de CE encontramos obstrucciones intestinales, hemorragias, perforaciones y abscesos intrabdominales^{1,2}.

Los CE en el esófago requieren usualmente la extracción antes de las seis horas desde la última ingesta alimentaria. En contraste, en la cavidad gástrica los objetos son frecuentemente retenidos por largos períodos sin presentar consecuencias, y dependiendo de la naturaleza del CE, la conducta puede ser expectan-

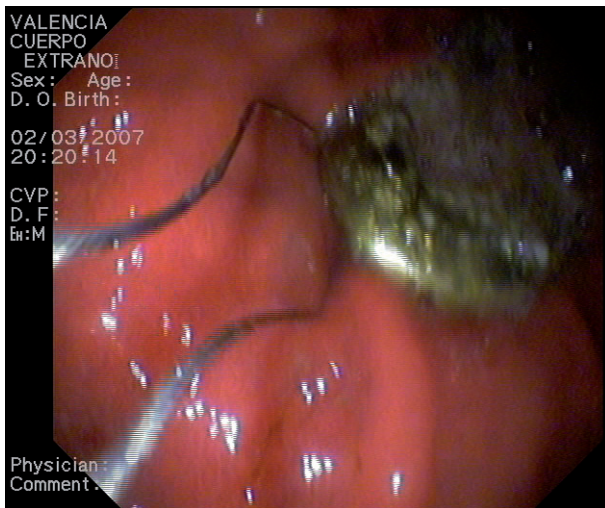


Figura 3. Evacuación mediante asa de polipectomía.



Figura 4. Cuerpos extraños extraídos.

te. La extracción endoscópica es posible, la mayoría de las veces, mediante endoscopia flexible, utilizando diferentes alternativas de pinzas (asa de polipectomía, pinza de cuerpo extraño, "cocodrilo", canastillo de Dormia, etc.), se procede a capturar el CE por el extremo menos punzante, mientras se acerca íntimamente al endoscopio e insufla el aire de forma permanente durante el paso por el esófago para prevenir lesiones a este nivel. El proceso se ve facilitado por el uso de endoscopios terapéuticos de mayor diámetro y ocasionalmente mediante un "sobretubo"^{3,4}.

Bibliografía

- 1 Hunter TB, Taljanovic MS. Foreign Bodies. Radiographics 2003;23:731-57.
- 2 Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies. Gastrointest Endosc 2002;55:802-6.

3 Chaves DM, Ishioka S, Felix VN, Sakai P, Gama-Rodrigues JJ. Removal of a foreign body from the upper gastrointestinal tract with a flexible endoscope: a prospective study. Endoscopy 2004;36:887-92.

4 Li ZS, Sun ZX, Zou DW, Xu GM, Wu RP, et al. Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: experience with 1088 cases in China. Gastrointest Endosc 2006;64:485-92.

**Manuel CUESTA MARTÍN¹,
Ignacio CASADO MORENTIN²,
Eunate ARANA ARRI¹,
Aitor GARCÍA DE VICUÑA MELÉNDEZ¹**

¹Servicio de Urgencias. ²Servicio de Gastroenterología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya, España.

DESGASTE PROFESIONAL: CALIDAD DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN LOS EQUIPOS DE TRABAJO

Sr. director:

Somos un equipo de investigación emergente y multidisciplinar, la mayoría veteranos del Servicio de Urgencias 061 SCS. Nos preocupa la calidad de las relaciones interpersonales y el afrontamiento al desgaste profesional, situación frecuente¹⁻³.

Creemos que la alarma surge, no ante su presencia, sino ante la necesidad de identificar causas y aplicar medidas. A propósito de ello, en una de las últimas publicaciones en EMERGENCIAS⁴ se sugiere que "la prevención orientada en el tiempo desde la formación de los Médicos Internos Residentes, compaginando la formación técnica y científica con la de carácter psicosocial, requiere tutores con habilidad en técnicas instrumentales y emocionales". De acuerdo, pero... ¿Cuántos tutores hay con ese perfil?

Cierto es que un buen clima laboral requiere condiciones laborales dignas, y también algo más. En nuestra opinión es el compromiso del profesional en grupos de trabajo cohesionados. ¿Qué nos hace sentirnos realizados en el trabajo? ¿Qué nos hace sentir que somos personas y no simples cifras? ¿Qué nos agota emocionalmente?

Los directivos saben que los equipos de trabajo son una buena herramienta de gestión y, como líderes que son, reconocen su importancia. Sin embargo, pertenecer a un equipo también supone interdependencia y por tanto confrontaciones aseguradas que, en función de su abordaje, el desenlace será más o menos beneficioso para los implicados ¿Quién no ha tenido problemas? ¿Problemas por información confusa, por exclusión, por roles mal definidos, por invasión de la autoridad,

por falta de habilidades, por falta de respeto...? ¿Qué hacer entonces? ¡Ahí está la cuestión!

¿Merece la pena pedir cambios o nos da igual? Depende. Suena a ciencia ficción pero, hay quien piensa que el sentido de pertenecer a un grupo radica en la capacidad de dar y recibir, en la cooperación frente a la competencia; en mantener la cohesión mediante una comunicación respetuosa, empática y sin agredir; en tener la oportunidad de exponer las propias ideas; en sentirse escuchado, en acordar decisiones, en participar en reuniones no reivindicativas, sino constructivas y focalizadas a la solución de problemas, en estar de acuerdo en que existen problemas que deben resolverse y que todos tenemos la responsabilidad de trabajar en ellos, en celebrar los éxitos, en compartir proyectos, en experimentar que lo que hacemos vale la pena, en sentirse reconocido. Visto así, el equipo puede ser una buena protección frente al desgaste profesional.

Nada fácil, lo más frecuente es que la empatía no forme parte de la lengua materna y lo de "entornos creativos, innovadores y no hostiles" sea una utopía. Por ello creemos en la utilidad del entrenamiento en técnicas relacionales tales como el *counselling*⁵ cuya eficacia ha sido demostrada en ámbitos de gran sobrecarga emocional, como en Cuidados Paliativos⁶. Los objetivos primordiales de los profesionales sanitarios son los mismos que los del *counselling*: disminuir el sufrimiento de las personas en su adaptación a contextos estresantes, cuidarse para poder cuidar y mejorar el grado de satisfacción de los profesionales, pacientes y familias.

El *counselling* es un procedimiento que se puede *aprender*; se fundamenta en la ética, en la comunicación asertiva, en el soporte emocional, en la autorregulación y en la resolución de problemas. Ello requiere el esfuerzo personal de revisar la propia actitud, de admitir el papel de uno mismo en la génesis del problema, de preguntar, no presuponer, de identificar las necesidades concretas, de abordar temores, de entender las emociones y... ¿por qué no? ¡Pedir ayuda!

Lo cierto es que no podemos dar como profesio-

nales, lo que nos gustaría recibir como pacientes, cuando lo que nos invade es la apatía, el cansancio emocional, el sentimiento de despersonalización y el no sentirse realizado en el trabajo. Un desgaste profesional de origen multifactorial que afecta tanto a MIRes como a Médicos, Enfermeros, Técnicos, Administrativos, Operadoras, Auxiliares, Celadores..., cada uno en su nivel de responsabilidad. Como dice Eric Cassell⁷: "Los que sufren no son los cuerpos, son las personas" ¡Algo tendremos que hacer!

Bibliografía

- 1 Fernández O, Hidalgo C, Martín A, Moreno S García del Río B. *Burnout* en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias* 2007;19:116-21.
- 2 Casado A, De Lucas N, López-Fernández E, Sánchez A, Jiménez JA. Lipid peroxidation, occupational stress and aging in workers of a prehospital emergency service. *Eur J Emerg Med* 2006;13:165-71.
- 3 Moreno E. Estrés ocupacional en los profesionales de la medicina aguda. *Emergencias* 2007;19:151-3.
- 4 Mingote JC, Gálvez M. El estrés del médico residente en Urgencias. *Emergencias* 2007;19:111-2.
- 5 Costa M y López E. Manual para la ayuda psicológica. Dar para poder vivir. Más allá del *counselling*. Madrid: Pirámide, 2006.
- 6 Arranz P, Barbero JJ, Barreto P y Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos Modelo y protocolos (2ª ed). Barcelona: Ariel, 2005.
- 7 Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *New Engl J Med* 1982;306:639-45.

**María Cruz GUTIÉRREZ DÍEZ¹,
Ana SANTAMARÍA PABLOS²,
Abrahám DELGADO DIEGO¹,
José Antonio MORENO MARÍN¹,
Ana María MONASTERIO RENTERÍA¹,
Milagros LANDALUCE FUENTES¹,
Carlos REDONDO FIGUERO³**

¹Servicio de Urgencias y Emergencias 061 de Atención Primaria, Servicio Cántabro de Salud. España.

²Universidad de Granada. ³Centro Salud Vargas, Santander, Servicio Cántabro de Salud. Universidad de Cantabria, España.