

Bibliografía

- Jennette JC, Falk RJ, Andrassy K, Bacon PA, Churg J, Gross WL, et al. Nomenclature of systemic vasculitides: proposal of an international consensus conference. *Arthritis Rheum*. 1994;37:187-92.
- Rosen MJ. Dr. Friedrich Wegener, the ACCP and history. *Chest*. 2007;132:739-41.
- Woywodt A, Haubitz M, Haller H, Matteson EL. Wegener's granulomatosis. *Lancet*. 2006;367:1362-6.
- Woywodt A, Matteson EL. Wegener's granulomatosis - probing the untold past of the man behind the eponym. *Rheumatology (Oxford)*. 2006;45:1303-6.
- Rosen MJ, Irwin R. Dr. Friedrich Wegener and the ACCP, Revisited. *Chest*. 2007;132:1723-4.
- Falk RJ, Jennette C. ANCA disease: Where is this field heading? *J Am Soc Nephrol*. 2010;21:745-52.
- NSDAP membership card of Dr. Max Clara, 1935. Archive: Bundesarchiv, Berlin. Signature: BArch (former BDC), NSDAP- Zentralkartei.
- Clara M. Zur Histobiologie des Bronchalepithels [On the histobiology of the bronchial epithelium]. *Z mikrosk anat Forsch*. 1937;41:321-47.
- Woywodt A, Lefrak S, Matteson E. Tainted eponyms in medicine: the "Clara" cell joins the list. *Eur Respir J*. 2010;36:706-8.
- Winkelmann Y, Noack T. The Clara cell: a "Third Reich eponym"? *Eur Respir J*. 2010;36:722-7.
- Müller R. Untersuchungen über das Vorkommen von Vitamin C im Hoden des Menschen [Investigations of the occurrence of vitamin C in the human testis]. *Z mikr anat Forsch*. 1942;52:440-54.
- Hildebrandt S. Anatomy in the Third Reich: An outline, part 1, National Socialist politics, anatomical institutions, and anatomists. *Clin Anat*. 2009;22:883-93.
- Rosner I. Reiter's syndrome versus reactive arthritis: Nazi-phobia or professional concerns? *Isr Med Assoc J*. 2008;10:296-7.
- Woywodt A, Matteson E. Should eponyms be abandoned? *Yes*. *BMJ*. 2007;335:424.

Joaquim Gea^{a,b,c,*}, Mauricio Orozco-Levi^{b,c,d} y Rafel Aguiló^a

^a Servicios de Neumología y Cirugía Torácica, Hospital del Mar, Instituto de Investigación del Hospital del Mar (IMIM), Barcelona, España

^b Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III, Bunyola, Mallorca, España

^d Servicio de Medicina Respiratoria, Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgea@parcdesalutmar.cat (J. Gea).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.07.006>

Tratamiento con drenajes subcutáneos en el neumomediastino y enfisema subcutáneo masivo

Treatment With Subcutaneous Drainage in the Pneumomediastinum and Massive Subcutaneous Emphysema

Sr. Director:

El neumomediastino (NM) y el enfisema subcutáneo (ESC) son entidades generalmente benignas y de curso autolimitado. Existe un potencial riesgo de complicaciones por acumulación masiva de aire que puede comprometer la vida del paciente al interferir en la mecánica respiratoria y dificultar el retorno venoso. En estos casos una opción terapéutica poco agresiva y eficaz es el uso de drenajes subcutáneos. Presentamos el caso de un varón de 75 años con NM y ESC masivo que se resolvió con este tipo de drenajes.

Varón de 75 años, EPOC grado IV de GOLD, intervenido de lobectomía superior derecha por carcinoma epidermoide pulmonar. Acude al servicio de urgencias por agudización de su EPOC y es ingresado, evolucionando favorablemente las primeras 72 h. El cuarto día de ingreso, tras realizar esfuerzo de defecación, presenta disnea y dolor torácico pleurítico izquierdo. En la exploración se aprecia enfisema subcutáneo en la región apical del hemitórax izquierdo. La radiografía de tórax confirmó la presencia de aire a nivel del tejido subcutáneo. Fue tratado con reposo, oxigenoterapia y analgesia, pero el enfisema subcutáneo se extendió por el tórax, la cara, los párpados y el abdomen. Se solicitó una TC torácica, que mostró la presencia de NM y ESC masivo sin evidencia de neumotórax, enfisema pulmonar y ausencia posquirúrgica del lóbulo superior del pulmón izquierdo (fig. 1). Tras 48 h el paciente presentó clínica de molestias torácicas, sudoración y presíncope, objetivándose en el electrocardiograma fibrilación auricular paroxística. En esta situación se decide colocar un drenaje subcutáneo derecho (fig. 2). La mejoría clínica fue casi inmediata, pudiendo ser retirado a los 5 días. Transcurridos 6 meses no se ha producido recidiva.

El NM y el ESC suelen producirse por un desencadenante iatrógeno o traumático, aunque en ocasiones pueden ser secundarios a un aumento brusco de presión intraalveolar, fenómeno

conocido como efecto Macklin¹. La incidencia del NM es baja aunque infradiagnosticada, ya que sus síntomas son inespecíficos y los signos radiológicos resultan difíciles de identificar. La clínica típica de presentación es de dolor torácico, disnea y enfisema

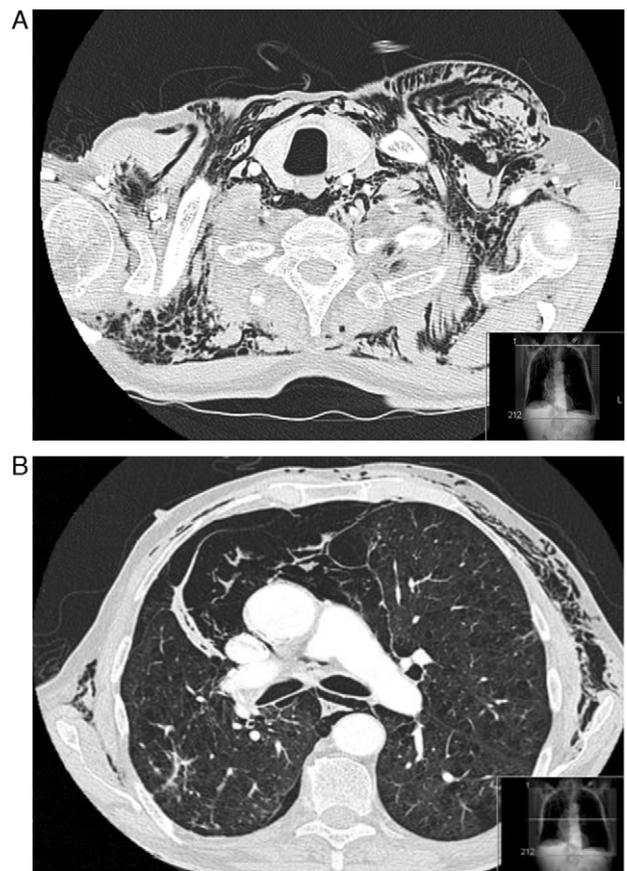


Figura 1. A,B) La imagen de TC torácica muestra presencia de gas a nivel de tejido subcutáneo y mediastínico.



Figura 2. La radiografía de tórax posteroanterior y lateral muestra acumulación masiva de aire en el tejido subcutáneo. Se observa el extremo proximal del drenaje subcutáneo a nivel del tercer espacio intercostal derecho (flechas).

subcutáneo, y ocasionalmente dolor cervical, odinofagia, disfagia, disfonía y pulso paradójico. El signo de Hamman solo aparece en el 12% de casos². El diagnóstico se confirma mediante radiografía de tórax por la presencia de aire separando estructuras mediastínicas o rodeándolas y el enfisema subcutáneo, pudiendo identificarse signos menos frecuentes como el signo de la vela tímica, neumopericardio, etc.³ El diagnóstico diferencial incluye el síndrome coronario agudo, pericarditis, neumotórax, tromboembolismo pulmonar, rotura del árbol traqueobronquial y síndrome de Boerhaave. En la mayoría de casos se produce resolución clínica completa no más allá del cuarto día. Sin embargo, existen casos en los que se puede producir compresión de venas pulmonares y mediastínicas, simulando un taponamiento cardíaco. Estos casos, denominados por Macklin como «neumomediastino maligno»⁴, requieren una actuación rápida que debe dirigirse hacia la evacuación inmediata del aire acumulado en el mediastino. La acumulación masiva de aire en el tejido subcutáneo también puede comprometer la vida del paciente por compresión neumática del tórax, provocando hipoxemia e hipercapnia progresivas. El uso de drenajes subcutáneos puede ser muy útil en estos casos, siendo eficaces de forma casi inmediata y pudiendo retirarse en pocos días. Para la elección del tipo de drenaje habrá que tener en cuenta la disponibilidad de los mismos y el entrenamiento del personal en su colocación, así como las características propias de cada catéter, teniendo en cuenta que los tubos de menor calibre son más confortables pero tienen mayor riesgo de obstrucción, y los más gruesos permanecen permeables más tiempo pero pueden provocar molestias al paciente⁵.

Bibliografía

- Romero KJ, Trujillo MH. Spontaneous pneumomediastinum and subcutaneous emphysema in asthma exacerbation: The Macklin effect. *Heart Lung*. 2010;39:444-7.
- Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. *Bull Johns Hopkins Hospital*. 1939;64:1-21.
- Zylak CM, Standen JR, Barnes GR, Zylak CJ. Pneumomediastinum revisited. *RadioGraphics*. 2000;20:1043-57.
- Macklin MT, Macklin CC. Malignant interstitial emphysema of the lungs and mediastinum as an important occult complication in many respiratory diseases and other conditions: an interpretation of the clinical literature the light of laboratory experiment. *Medicine*. 1944;23:281-358.
- Sucena M, Coelho F, Almeida T, Gouveia A, Hespanhol V. Enfisema subcutáneo maçivo. Tratamiento con drenos subcutáneos. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2010;16:321-9.

Mariluz Santalla Martínez^{a,*}, Raquel Dacal Quintas^b
y Pedro Marcos Velázquez^b

^a Servicio de Neumología, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos, Lugo, España

^b Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marussantalla@gmail.com

(M. Santalla Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.09.001>

Infecciones por gramnegativos en pacientes con hipertensión arterial pulmonar tratados con prostaciclina intravenosa

Infections by Gram-Negative Bacilli in Patients With Pulmonary Arterial Hypertension Treated with Intravenous Prostacyclin

Sr. Director:

He leído con gran interés el artículo original de López Medrano et al.¹ en relación a la alta incidencia de bacteriemia por gramnegativos (BGN) en pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) tratados con treprostinil por vía intravenosa (i.v.) en comparación con epoprostenol i.v. Este es un hallazgo ya conocido en la literatura y se confirma en un centro español con amplia experiencia en el manejo de HAP. También sugieren un manejo terapéutico inicial empírico, hasta identificar correctamente el patógeno. En las

conclusiones, los autores nos invitan a sopesar cuidadosamente la relación riesgo-beneficio del tratamiento con treprostinil i.v.

Recientemente Kitterman et al.² han publicado datos sobre la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo en 1.146 pacientes con HAP del Registro REVEAL en Estados Unidos, que fueron tratados con epoprostenol i.v. o treprostinil i.v., encontrando una mayor incidencia de infecciones por BGN en el grupo de treprostinil i.v. (0,20 vs 0,03 por 1.000 días de tratamiento, $p < 0,001$). Sin embargo, en esta serie de Estados Unidos se muestra que la tasa de infección se ha reducido drásticamente en los últimos años desde la publicación y aprobación de Guías de Práctica Clínica para la prevención de la bacteriemia por catéter venoso central en el tratamiento de la HAP con prostanoides³. Nuestro propio centro ha experimentado también un descenso en las tasas de infección en los últimos años, desde la adopción de estas directrices, pero este análisis no se refleja en el trabajo de López Medrano et al.¹.