

## Bibliografía

1. Groh GI, Wirth MA. Management of traumatic sternoclavicular joint injuries. *J Am Acad Orthop Surg.* 2011;19:1-7.
2. Gil-Albarova J, Rebollo-González S, Gómez-Palacio VE, Herrera A. Management of sternoclavicular dislocation in young children: Considerations about diagnosis and treatment of four cases. *Musculoskelet Surg.* 2013;97:137-43.
3. Nakayama E, Tanaka T, Noguchi T, Yasuda J, Terada Y. Tracheal stenosis caused by retrosternal dislocation of the right clavicle. *Ann Thorac Surg.* 2007;83:685-7.
4. Jacob M, Snashall J, Dorfman A, Shesser R. X-Ray-negative posterior sternoclavicular dislocation after minor trauma. *Am J Emerg Med.* 2013;31:e3-5.
5. Janson JT, Rossouw GJ. A new technique for repair of a dislocated sternoclavicular joint using a sternal tension cable system. *Ann Thorac Surg.* 2013;95:5-55.

Pedro M. Rodríguez Suárez\*, Mohamed Hussein Serhal y Jorge L. Freixinet Gilart

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [prosu2001@yahoo.es](mailto:prosu2001@yahoo.es) (P.M. Rodríguez Suárez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.10.004>

## Seudomembrana traqueal inflamatoria



### Inflammatory tracheal pseudomembrane

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo recientemente publicado por Crespo-Lessmann y Torrego-Fernández, en el que se presentaba un paciente afecto de seudomembrana traqueal inflamatoria obstructiva (en forma de tabique traqueal) secundaria a episodios de intubación endotraqueal repetidos. En dicho artículo, los autores nos describen la total resolución del proceso mediante fisioterapia respiratoria y administración de antiinflamatorios (glucocorticoides)<sup>1</sup>.

La seudomembrana fibrosa obstructiva es un proceso raro, pero probablemente más frecuente de lo que se reporta en la literatura. Su origen radica en una isquemia de la mucosa traqueal, habitualmente de origen iatrogénico, que induce la producción de factores de crecimiento y una regeneración anómala<sup>2</sup>. El resultado es la formación de una membrana de consistencia fibrosa que oblitera parcialmente la luz traqueal, y que puede llegar incluso a ocuparla en su totalidad<sup>3</sup>. Tal y como afirman los autores estas lesiones adquiridas de tipo inflamatorio pueden resolverse de manera espontánea tras cierto periodo de tiempo. Sin embargo, es frecuente que se comprometa la vía aérea central, en cuyo caso se hace imprescindible aplicar medidas endoscópicas intervencionistas con rapidez.

Exponemos nuestra experiencia con un paciente varón de 69 años no fumador intervenido quirúrgicamente de hernia discal lumbar precisando para dicho procedimiento anestesia general e

intubación orotraqueal. El procedimiento se realizó con el paciente en decúbito prono lo que favoreció el aumento de presión del manguito endotraqueal. Durante el postoperatorio inmediato el paciente sufrió una parada respiratoria y fue reintubado. Se llevó a cabo una broncoscopia flexible donde se evidenció una seudomembrana fibrinada en rodete, parcialmente desprendida, que estenosaba la luz traqueal en todo su tercio superior (fig. 1 A). En la misma exploración se retiró con pinzas de biopsia un fragmento de aproximadamente 2 cm que provocaba efecto válvula, lo cual podría haber provocado la parada respiratoria del paciente. Para obtener un mejor control de la vía aérea al extraer la seudomembrana se decidió realizar una broncoscopia rígida donde se extrajo en bloque la lesión traqueal mediante el bisel del traqueoscopio (EFER-DUMON® calibre 14 mm) (fig. 1 B). Tras ello, el paciente evolucionó favorablemente pudiendo extubarse a las pocas horas (fig. 1 C). En el caso presentado por Crespo-Lessmann y Torrego-Fernández<sup>1</sup>, el tabique traqueal podría corresponder en su origen a un fragmento de una seudomembrana circunferencial. En ese caso el carácter evolucionado del cuadro en su presentación pudo haber permitido un tratamiento conservador.

Por tanto, el diagnóstico endoscópico de seudomembrana traqueal obstructiva debe realizarse lo más precozmente posible tras la sospecha clínica. Sería aconsejable un seguimiento endoscópico en aquellos pacientes que hayan requerido intubaciones endotraqueales prolongadas o reiteradas. Las complicaciones respiratorias graves son frecuentes por lo que la terapéutica endoscópica es requerida en la mayoría de los casos reportados en la literatura<sup>4,5</sup>. Tan solo en pacientes muy seleccionados puede optarse por una actitud conservadora, pero la monitorización del paciente debe ser estrecha (fig. 1).

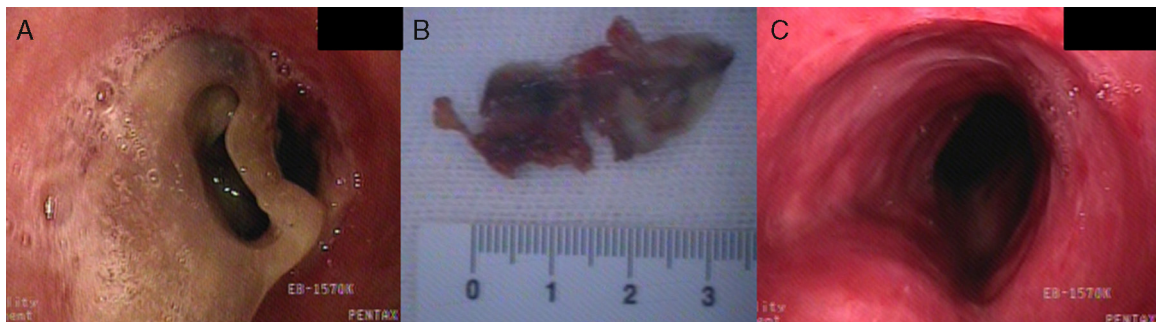


Figura 1. A) Seudomembrana fibrinada en rodete. B) Lesión traqueal. C) Extubación del paciente.

## Bibliografía

1. Crespo-Lessmann A, Torrego-Fernández A. Tabique traqueal inflamatorio. Arch Bronconeumol. 2013;49:402-4.
2. Yildirim BB, Karalezli A, Hasanoglu HC, Kandemir O. Obstructive fibrinous tracheal pseudomembrane. J Bronchology Interv Pulmonol. 2012;19:129-31.
3. Deslée G, Brichet A, Lebuffe G, Copin MC, Ramon P, Marquette CH. Obstructive fibrinous tracheal pseudomembrane. A potentially fatal complication of tracheal intubation. Am J Respir Crit Care Med. 2000;162:1169-71.
4. Lins M, Dobbeleir I, Germonpré P, Waelput W, Pauwels P, Jorens PG. Postextubation obstructive pseudomembranes: A case series and review of a rare complication after endotracheal intubation. Lung. 2011;189:81-6.
5. Rice BL, Culver DA, Santacruz JF, Lazar CA, McCarthy K, Gildea TR. Obstructive fibrinous tracheal pseudomembrane. Ann Thorac Surg. 2011;92:115-7.

Maria del Sol Arenas-de Larriva\*, Javier Cosano-Povedano y Andrés Cosano-Povedano

Unidad de Bronoscopias, Servicio de Neumología,  
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [arlam23@hotmail.com](mailto:arlam23@hotmail.com)  
(M.S. Arenas-de Larriva).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.10.005>

## Comparación del factor de impacto y el índice SCImago Journal Rank en las revistas del sistema respiratorio



### A comparison of the impact factor and the SCImago Journal Rank index in respiratory system journals

Sr. Director:

El empleo sistemático de indicadores bibliométricos en la evaluación de la investigación ha dado lugar a estudios exhaustivos acerca de las ventajas e inconvenientes de cada uno de estos indicadores. El índice más empleado, el factor de impacto (FI)<sup>1</sup>, ha recibido frecuentes críticas por sus numerosas limitaciones, como la inclusión de citas a artículos que no son tenidos en cuenta en el denominador de su fórmula de cálculo (editoriales, cartas), la cobertura de un período de análisis de solo 2 años, la inclusión de autocitas y el no valorar la calidad del origen de las citas, o el riesgo de manipulación, entre otros<sup>2-5</sup>.

Recientemente, se ha propuesto un nuevo parámetro, el índice SCImago Journal Rank (SJR), con rápida aceptación y uso, que utiliza para su cálculo las citas provenientes de la base de datos Scopus (Elsevier)<sup>2</sup>. El SJR corrige muchas de las críticas que ha recibido el FI<sup>2</sup> ya que incluye más revistas, abarca un período mayor para contabilizar las citas (3 años), limita las autocitas y, como principal

característica, pondera las citas en función de la importancia de la revista de donde provienen utilizando un algoritmo similar al de Google PageRank<sup>®</sup>.

Para comparar los resultados de utilizar ambos índices (FI y SJR) en las revistas especializadas del sistema respiratorio, hemos analizado sus valores correspondientes al año 2012. Las revistas se agrupan en la categoría *Respiratory System* del *Journal Citation Reports*<sup>®</sup>, en el cálculo del FI, y en la categoría *Pulmonary and Respiratory Medicine* de *SCImago*, para el nuevo índice. La fuente para la obtención de estos índices fueron los portales oficiales de la *Web of Science* (a través de <http://www.accesowok.fecyt.es/>) donde se incluye el *Journal Citation Reports*<sup>®</sup>, y del *SCImago Journal & Country Rank* (<http://www.scimagojr.com/>), este último accesible de forma gratuita. Se ha comparado el orden de la clasificación de las revistas para cada índice y se ha evaluado la posible correlación entre ambos indicadores con la prueba de Spearman.

El *Journal Citation Reports*<sup>®</sup> incluye 50 revistas especializadas en el sistema respiratorio, y 98 el *SCImago Journal & Country Rank*. Hemos obtenido que, en general, las principales revistas ocupan posiciones próximas en ambas clasificaciones, como se aprecia en la *tabla 1* que detalla las 20 primeras revistas de acuerdo con el SJR, y su lugar equivalente con el FI. La correlación entre los indicadores para las revistas de esta categoría es muy elevada ( $r=0,94$ ;  $p<0,001$ ).

De nuestros datos se desprende que el uso del índice SJR no da lugar a cambios significativos en la clasificación de las revis-

**Tabla 1**

Revistas del sistema respiratorio con mayor puntuación del SCImago Journal Rank y valor correspondiente del factor de impacto

Número de orden	Título	SJR	Factor de impacto (número de orden según el FI)
1	<i>American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine</i>	4.892	11.041 (1)
2	<i>Thorax</i>	2.742	8.376 (2)
3	<i>European Respiratory Journal</i>	2.433	6.355 (3)
4	<i>Journal of Heart and Lung Transplantation</i>	2.221	5.112 (5)
5	<i>Chest</i>	2.031	5.854 (4)
6	<i>American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology</i>	1.907	4.148 (7)
7	<i>Journal of Thoracic Oncology</i>	1.766	4.473 (6)
8	<i>Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery</i>	1.730	3.526 (9)
9	<i>American Journal of Physiology - Lung Cellular and Molecular Physiology</i>	1.613	3.523 (10)
10	<i>Proceedings of the American Thoracic Society</i>	1.503	( <sup>a</sup> )
11	<i>Respiratory Research</i>	1.502	3.642 (8)
12	<i>International Journal of Tuberculosis and Lung Disease</i>	1.340	2.610 (23)
13	<i>European Journal of Cardiothoracic Surgery</i>	1.326	2.674 (21)
14	<i>COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i>	1.151	2.310 (28)
15	<i>European Respiratory Review</i>	1.068	( <sup>a</sup> )
16	<i>Current Opinion in Pulmonary Medicine</i>	1.061	3.119 (13)
17	<i>Respiratory Medicine</i>	1.055	2.585 (24)
18	<i>BMC Pulmonary Medicine</i>	1.048	2.760 (19)
19	<i>Clinical Lung Cancer</i>	1.015	2.038 ( <sup>b</sup> )
20	<i>Sarcoidosis Vasculitis and Diffuse Lung Diseases</i>	1.014	1.625 (37)

<sup>a</sup> Revistas sin factor de impacto.

<sup>b</sup> Revista con factor de impacto en otra categoría.