

CARTAS AL EDITOR

**Esplenosis abdominal:
la importancia de la historia
clínica***Abdominal splenosis: the importance
of the medical history***Sr. Editor:**

La esplenosis es la autoimplantación de tejido esplénico en el peritoneo, serosas o más raramente en órganos tras un traumatismo con rotura esplénica o tras un procedimiento quirúrgico del bazo¹. Los implantes suelen ser múltiples y aunque suelen ser asintomáticos y diagnosticarse incidentalmente en estudios de imagen, en ocasiones pueden simular cuadros apendiculares, ginecológicos, suboclusivos o un síndrome tumoral, dependiendo cual sea la zona de implante². A veces, este hallazgo puede llevar a confusión y orientar a malignidad³ si no es tenido en cuenta el antecedente de esplenectomía (parcial o total), lo que puede propiciar la práctica de técnicas invasivas, a menudo innecesarias. El caso que presentamos ilustra esta situación.

Mujer de 53 años con antecedente de insuficiencia renal crónica en espera para trasplante renal. La paciente refería antecedente de esplenectomía por accidente de tráfico hacía 20 años. Acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal de tres días de evolución y palpación de un bulto a la altura del ombligo. No refería otra sintomatología. A la exploración física, estaba consciente, orientada, bien hidratada y perfundida. La auscultación cardiopulmonar era normal. El abdomen estaba distendido, con ruidos intestinales normales y a la palpación se constató la presencia de un nódulo blando, de unos 3 cm de tamaño, paraumbilical. El hemograma y la bioquímica eran normales, salvo por la insuficiencia renal crónica conocida. La radiografía de abdomen no mostró hallazgos de interés. Se realizó una ecografía que identificó un nódulo sólido de 3 cm paraumbilical y de localización superficial. Se realizó una tomografía computarizada (TC) con contraste intravenoso, en la que se visualizaron varios nódulos en el peritoneo, el mayor de 3 cm paraumbilical, correspondiente al nódulo palpable y visible en la ecografía. También se evidenció un bazo remanente de pequeño tamaño. Ante los hallazgos y el antecedente traumático esplénico, se planteó la posibilidad de esplenosis, sin poder descartar el origen neoplásico. Se derivó a la paciente para estudio y confirmar la sospecha diagnóstica mediante una gammagrafía con hematíes desnaturalizados marcados con tecnecio-99 m.

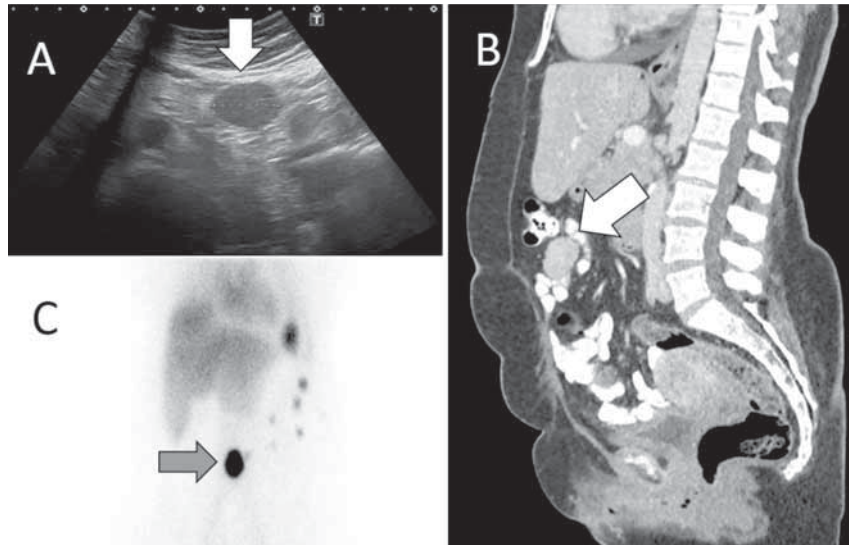


Figura 1. A) Ecografía abdominal, en la que se aprecia un nódulo sólido (flecha). B) TC con contraste que muestra el nódulo en el peritoneo, a la altura del ombligo (flecha). C) Gammagrafía con hematíes desnaturalizados marcados con tecnecio-99, que confirma la existencia de varios focos de tejido esplénico dispersos por el peritoneo abdominal, el mayor paraumbilical (flecha).

Esta prueba confirmó la presencia de acumulaciones de tejido esplénico dispersas por el peritoneo (Figura 1).

La presencia de nódulos palpables en la pared abdominal, junto con el antecedente de esplenectomía parcial o total, debe hacer sospechar esplenosis. El diagnóstico diferencial incluye neoplasia maligna y deben realizarse pruebas radiológicas y de medicina nuclear⁴ para confirmar el diagnóstico y descartar otras entidades⁵. Queremos destacar la importancia de los antecedentes del paciente para ayudar a la sospecha diagnóstica, y evitar al paciente biopsias y cirugías innecesarias.

Victoria de Lara Bendahán¹,
Eva María García Gámez²,
Carlos Borrega Harinero¹,
Silvana María Lara Fernández¹

¹Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España.

²Servicio de Urgencias, Hospital de La Línea de la Concepción, Cádiz, España.

victoria-de-lara@hotmail.com

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

**Contribución de los autores,
financiación y responsabilidades
éticas**

Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y

el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

La paciente ha confirmado su consentimiento para que su información personal pueda ser publicada.

Editor responsable

Aitor Alquézar, MD, PhD.

**Artículo no encargado por el
Comité Editorial y con revisión
externa por pares****Bibliografía**

- Livingston CD, Levine BA, Lecklitner ML, Sirinek KR. Incidence and function of residual splenic tissue following splenectomy for trauma in adults. *Arch Surg*. 1983;118:617-20.
- Fleming CR, Dickson ER, Harrison Jr EG. Splenosis: Autotransplantation of splenic tissue. *Am J Med*. 1976;61:414-9.
- Mpe M, Schaner C. Splenosis Mimicking Cancer. *N Engl J Med* 2016;374:1965.
- Castellani M, Cappellini MD, Cappelletti M, Fedriga E, Reschini E, Cerino M, et al. Tc-99 m sulphur colloid scintigraphy in the assessment of residual splenic tissue after splenectomy. *Clin Radiol*. 2001;56:596-8.
- Wedemeyer J, Gratz KF, Soudah B, Rosenthal H, Strassburg C, Terkamp C, et al. Splenosis: An important differential diagnosis in splenectomized patients presenting with abdominal masses of unknown origin. *Z Gastroenterol*. 2005;43:1225-9.

Mortalidad y análisis de las escalas de gravedad en el paciente con traumatismo grave atendido en un servicio de urgencias hospitalario

Mortality and the usefulness of trauma severity scales in seriously injured patients in a hospital emergency department

Sr. Editor:

La patología traumática grave es una entidad muy relevante por su elevada mortalidad. Solo es superada por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias, y en la actualidad es la principal causa de muerte en menores de 40 años¹. Se ha demostrado que el tiempo es un factor decisivo en el pronóstico de estos pacientes. Es necesaria una asistencia prehospitalaria precoz y adecuada, una evaluación de calidad y una correcta coordinación con el servicio de urgencias y las especialidades hospitalarias^{2,3}. En este contexto se comprende que determinar los factores precoces que influyen en el pronóstico de los pacientes politraumáticos es de vital importancia para lograr disminuir la mortalidad por dicha causa. En los últimos años se han desarrollado diferentes escalas que intentan valorar los riesgos asociados a la mortalidad de estos pacientes, que son fáciles de realizar en la primera asistencia médica⁴. Este trabajo valora la mortalidad de los pacientes politraumáticos graves (PTG) atendidos en un servicio de urgencias hospitalario (SUH) y evalúa la utilidad de las escalas fisiológicas Glasgow Age Blood Pressure (GAP), Revised Trauma Score (RTS) y Glasgow Come Score (GCS) en la valoración pronóstica de estos pacientes a su llegada al hospital.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron pacientes mayores de 14 años atendidos en el SUH del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en el año 2015 con diagnóstico de PTG. La variable dependiente fue la mortalidad hospitalaria (MH); las variables independientes fueron edad, sexo, escalas de gravedad (GAP, RTS y GCS) y variables relacionadas con el PTG (mecanismo lesional). La comparación de variables cuantitativas se revisó con el test T-student, y la comparación de las cualitativas mediante el test ji cuadrado. Se calculó el área bajo la curva (AUC) la característica operativa del receptor (COR) de cada una de las es-

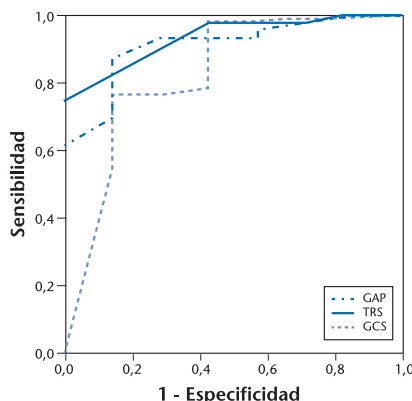


Figura 1. Curvas COR de las diferentes escalas analizadas.

calas analizadas. Se consideró que había significación estadística si $p < 0,05$.

Se incluyeron 56 pacientes. La MH fue de 8 pacientes (12,5%), con una edad media de 48 (DE 22), el 75% eran varones. La principal causa de la lesión fueron los accidentes de tráfico (48,2%), seguido de las caídas (17,9%). En el análisis de las escalas GAP y RTS se observó que presentar elevada gravedad se asocia con la MH ($p < 0,05$). Igualmente la MH se asocia con presentar un GCS < 9 puntos ($p < 0,05$). El AUC COR de las escalas analizadas fue 0,915 (IC 95%: 0,819-1,000) para GAP ($p < 0,001$), 0,932 (IC 95%: 0,857-1,000) para RTS ($p < 0,001$) y 0,826 (IC 95%: 0,632-1,000) para GCS ($p < 0,001$) (Figura 1).

Este estudio muestra que la MH de los PTG con criterios de gravedad en los SUH y que precisan ingreso en UCI es elevada. Dicha mortalidad se asocia con las tres escalas estudiadas, tanto GAP, RTS y GCS⁵. La escala que mejor predice la mortalidad en la muestra estudiada es RTS, seguida de GAP y GCS. Usar estas escalas en los PTG es recomendable en los SUH como herramienta complementaria, ya que permite valorar de forma más efectiva el pronóstico del paciente desde su llegada al hospital.

Celia María Curieses-Andrés,
Berta Tijero Rodríguez,
Raúl López-Izquierdo,
Fernando García-Martín

Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.
berta.tijero@gmail.com

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mante-

nimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Editor responsable

Manuel Vázquez Lima, MD, PhD.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Bibliografía

- Resources for optimal care of the injured patient, 2014 (6th edition). Committee on Trauma. American College of Surgeons. (Consultado 25 Febrero 2016). Disponible en: <https://www.facs.org/~media/files/quality%20programs/trauma/vrc%20resources/resources%20for%20optimal%20care%202014%20v11.ashx>.
- Shackford SR, Mackersie RC, Holbrook TL, Davis JW, Hollingsworth Fridlund P, Hoyt DB, et al. The epidemiology of traumatic death. A population-based analysis. Arch Surg. 1993;128:571-5.
- Azaldegui F, Alberdi F, Txoperena G, Lara G, Reviejo K, Romo E, et al. Estudio autopsico de los fallecimientos prehospitalarios y hospitalarios por accidente de tráfico en un ámbito provincial. Med Intensiva. 2001;25:1-7.
- MacKenzie EJ. Injury Severity Scales - Overview and Directions for Future-Research. Am J Emerg Med. 1984;2:537-49.
- Ahun E, Köksal Ö, Siğirli D, Torun G, Dönmez SS, Armağan E. Value of the Glasgow coma scale, age, and arterial blood pressure score for predicting the mortality of major trauma patients presenting to the emergency department. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery. 2014;20:241.

Hemorragia renal espontánea: síndrome de Wunderlich

Spontaneous renal hemorrhage: Wunderlinch syndrome

Sr. Editor:

El síndrome de Wunderlich (SW) o hemorragia renal espontánea es una entidad poco frecuente pero potencialmente grave, ya que presenta una mortalidad del 30%. El cuadro clínico típico consiste en la tríada de Lenk: dolor lumbar de inicio brusco, rápida formación de tumoración lumbar palpable y signos de shock hipovolémico; sin embargo, solo está presente en 20% de los casos.

Varón de 65 años, hipertenso y con antecedente de ictus lacunar sin secuelas, en tratamiento con losartán 50 mg y clopidogrel 75 mg. Acudió a urgencias por cuadro de dos horas de evolución, de ini-

cio brusco, caracterizado por dolor intenso en región lumbar izquierda. Negaba traumatismos, fiebre o clínica miccional. A su llegada a urgencias destacaba una presión arterial de 91/60 mmHg y frecuencia cardiaca de 96 lpm. La auscultación cardiopulmonar era normal. Presentaba dolor a la palpación en flanco y fosa ilíaca izquierdos y puño percusión lumbar izquierda positiva. En la analítica destacaba creatinina de 1,84 mg/100 ml, leucocitosis de $13,50 \times 10^9/L$, hemoglobina de 139 g/L y plaquetas de $261 \times 10^9/L$. El sedimento urinario era normal. La radiografía abdominal no presentaba alteraciones. Se inició analgesia sin mejoría. Se solicitó una tomografía computarizada (TC) abdominal (Figura 1) donde se objetivó una masa heterogénea de 11 x 8 x 16 cm que ocupaba la celda renal izquierda, desplazando y comprimiendo el riñón con signos sugestivos de sangrado activo, por lo que se realizó embolización. Las pruebas de imagen descartaron la presencia de procesos neoplásicos o anomalías vasculares. El paciente permaneció ingresado y se realizó TC control en una semana, donde se evidenció disminución del hematoma y se descartó la presencia de nuevo sangrado. Posteriormente, fue dado de alta y se realizó seguimiento ambulatorio.

Las causas más frecuentes de SW son los tumores renales (50%)¹, la etiología vascular (20%), la infecciosa (10%) y la coagulopatía (5,1%)². La anamnesis y exploración clínica son fundamentales y la sospecha debería instaurarse en todo paciente con dolor lumbar de inicio brusco sin traumatismos o esfuerzos previos. Se estima que el tiempo promedio de solicitud de valoración especializada es de 21 horas³. La ecografía abdominal detecta el 82% de los casos; pero solo en el 40%, determina su etiología. El TC detecta el 100% y determina su etiología en el 92% de los mismos⁴. El tratamiento depende de la situación hemodinámica del paciente y de la etiología del sangrado. En casos de etiología benigna y pacientes estables, se opta por un manejo conservador, con seguimiento evolutivo mediante TC. Se reserva la nefrectomía para casos de etiología maligna y se recurre a la nefrectomía urgente cuando existe inestabilidad hemodinámica³. La arteriografía renal selectiva para embolización del vaso sangrante es una técnica muy útil. Puede ayudar a confirmar el diagnóstico, definir exactamente la zona hemorrágica y controlar el sangrado, y puede evitar así la intervención quirúrgica urgente⁴. El *urgenciólogo* debe tener en cuenta esta entidad en el diagnóstico diferencial del dolor lumbar de inicio brusco con puño percusión lumbar

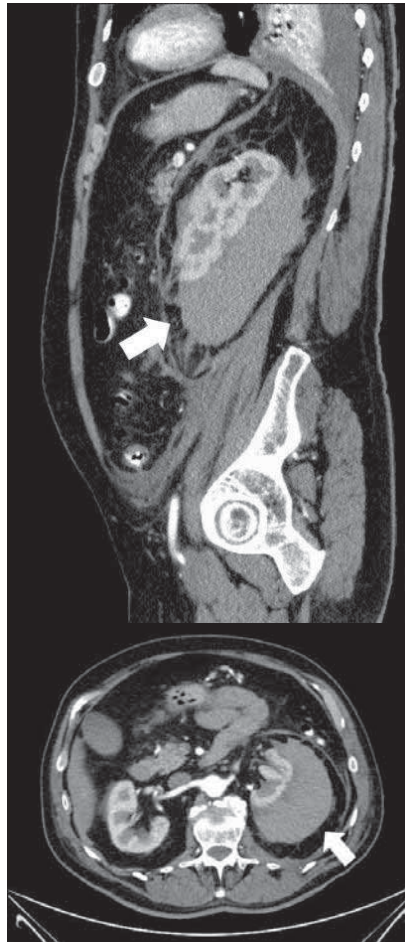


Figura 1. Imágenes de tomografía computarizada donde se aprecia hematoma de 11 x 8 x 16 cm que ocupa la celda renal izquierda (flechas) desplazando y comprimiendo el riñón izquierdo.

positiva; especialmente cuando no existe una causa desencadenante, el sedimento de orina es normal y el paciente toma anticoagulantes o antiagregantes.

Verónica Notario Barba¹,
Jeffrey Oskar Magallanes Gamboa²

¹Servicio de Urgencias, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo, España.

²Servicio de Medicina Interna, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo España.

veronot@gmail.com

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mante-

nimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

El paciente ha confirmado su consentimiento para que su información personal pueda ser publicada.

Editor responsable

Aitor Alquézar, MD, PhD.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Bibliografía

- 1 Kendall AR, Karafin L. Renal injuries. *Med Trial Tech Q.* 1975;21:49-8.
- 2 Gómez J, Bárcena AB, Rivera F. Síndrome de Wunderlich: una causa infrecuente de abdomen agudo. *Emergencias.* 2014;26:414-5.
- 3 Estrada JC, Duarte CA. Síndrome de Wunderlich, una causa de abdomen agudo infrecuente. *Urol Colomb.* 2010;2:53-7.
- 4 Rey J, López S, Domínguez F, Alonso A, Rodríguez B, Ojea A. Síndrome de Wunderlich: importancia del diagnóstico por imagen. *Actas Urol Esp.* 2009;33:917-9.

Utilidad de la ecografía clínica en el manejo de una vía aérea difícil durante la reanimación

Usefulness of clinical ultrasound in the management of a difficult airway during resuscitation

Sr. Editor:

La cricotiroidotomía es una técnica quirúrgica utilizada con carácter urgente o emergente de apertura de la vía aérea (VA) que permite acceder a la tráquea mediante una punción en el espacio y membrana cricotiroidoidea. Esta técnica es usada cuando fallan otros métodos de aislamiento de la VA como la intubación orotraqueal (IOT), técnica de elección, y en vías aéreas difíciles, ya sea por la anatomía del paciente o por la patología propiamente dicha, como es el caso de los politraumatizados. El aislamiento de la VA y una correcta ventilación son las maniobras fundamentales para conseguir la supervivencia de este tipo de pacientes; por eso, esta técnica debe ser conocida y empleada por todos los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias y emergencias.

Tradicionalmente ha sido realizada por los anestesiólogos y es, con este

grupo de profesionales, con los que se han realizado varios estudios. Elliott *et al.*¹ valoran el acierto en la localización del sitio de punción con el método tradicional (30%) y con la ayuda de una ecografía, siendo mayor con esta última. Otros autores como Curtis *et al.*² publican un estudio donde son capaces de realizar una cricotirodotomía ecoguiada en cadáveres, localizando la membrana cricotiroidoidea en tan solo 3,6 segundos y realizando todo el proceso en 26,2 segundos, consiguiendo casi el 100% de efectividad. A su vez Maté *et al.*³ y Sustić *et al.*⁴ arrojan más información sobre las posibilidades de la ecografía, ya que no solo ayuda a mejorar la técnica, sino que aporta información sobre la localización y seguimiento del tubo endotraqueal y de las posibles complicaciones que pueden aparecer durante el procedimiento. Todo esto hace que consigamos una técnica más segura y más efectiva, realizada en menor tiempo, lo que conlleva un aumento en la supervivencia de estos pacientes críticos.

Varón de 65 años que fue trasladado por el dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU) de forma emergente por pérdida de conocimiento. Se intentó intubar en el medio extrahospitalario por disminución de conciencia (Glasgow 5), sin éxito y fue trasladado al hospital con un tubo de Guedel y reservorio de oxígeno. A su llegada presentaba un Glasgow de 4, se encontraba cianótico, con 72% de saturación arterial de oxígeno respirando a través de una mascarilla con reservorio y mostraba un cuello corto de difícil intubación. Se intentó la IOT sin éxito, por lo que se procedió a realizar una cricotirodotomía guiada por ecografía (Figura 1). Se localizaron rápidamente las estructuras de referencia (cartílago tiroideos, cricoides, anillos traqueales y la membrana cricotiroidoidea), así como los vasos sanguíneos cercanos que pudieran complicar la técnica. Se realizó la punción ecoguiada de la membrana cricotiroidoidea sin incidencias. Para finalizar se comprobó, también con la ayuda de la ecografía, la correcta colocación del tubo y se descartó sangrado. El paciente pasó a cargo de unidad de cuidados intensivos (UCI).

Para la correcta realización de la punción de la membrana cricotiroidoidea de forma ecoguiada, es fundamental apoyar correctamente la sonda (de alta frecuencia) en la línea media, siguiendo el eje longitudinal de la VA; así se puede identificar los anillos traqueales, los cartílagos cricoides y tiroideos, así como la membrana cricotiroidoidea, que se visualiza como una línea ecogénica (blanca) que une ambos cartíla-



Figura 1. Se observa la membrana cricotiroidoidea (MC), marcada con flechas azules. A su vez, en amarillo, se muestran el cartílago cricoides (CC), el primer anillo traqueal (1AT) y el segundo anillo traqueal (2AT). Finalmente se aprecia una línea ecogénica (blanca), marcada con flechas rojas que se corresponde con la aguja penetrando desde la superficie hasta la membrana cricotiroidoidea.

gos. A continuación, y bajo las adecuadas medidas de asepsia, se puede introducir la aguja (desde craneal a caudal) viendo cómo entra de forma segura en la VA. Gracias al manejo de la ecografía por los profesionales de urgencias se pudo aislar la VA del paciente de una forma rápida y segura, hecho que no había sido posible con la técnica convencional (IOT). Esto permitió estabilizarlo y, junto con los cuidados intensivos proporcionados en días posteriores, el paciente sobrevivió a una situación de extrema gravedad. Este caso apoya aún más la importancia de la incorporación de la ecografía como herramienta para el manejo del paciente crítico en los servicios de urgencias.

Alba Parra Morales,
Margarita Algaba Montes,
Alberto Ángel Oviedo García

Complejo Hospitalario de Jaén, Hospital Virgen de Valme de Sevilla, España.
albaparmor@gmail.com

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

El paciente ha confirmado su consentimiento para que su información personal pueda ser publicada.

Editor responsable

Manuel Vázquez-Lima, MD, PhD.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Bibliografía

- 1 Elliott DS, Baker PA, Scott MR, Birch CW, Thompson JM. Accuracy of surface landmark identification for cannula cricothyroidotomy. *Anaesthesia*. 2010;65:889-94.
- 2 Curtis K, Ahern M, Dawson M, Mallin M. Ultrasound-guided, Bougie-assisted cricothyroidotomy: a description of a novel technique in cadaveric models. *Acad Emerg Med*. 2012;19:876-9.
- 3 Maté R, Ian R, Robert H, Robert H, Dorrilyn R, Leonie W. Traditional landmark versus ultrasound guided tracheal puncture during percutaneous dilatational tracheostomy in adult intensive care patients: a randomised controlled trial. *Critical Care*. 2014;18:514.
- 4 Sustić A, Kovac D, Zgaljardić Z, Zupan Z, Krstulović B. Ultrasound-guided percutaneous dilatational tracheostomy: A safe method to avoid cranial misplacement of the tracheostomy tube. *Intensive Care Med*. 2000;26:1379-81.
- 5 Osman A, Sum KM. Role of upper airway ultrasound in airway management. *J Intensive Care*. 2016;4:52.

Encefalopatía de Wernicke que simula un ictus

When a stroke is not a stroke

Sr. Editor:

La aparición de una focalidad neurológica aguda es un motivo de consulta habitual en los servicios de urgencias. Acostumbra a ser de causa vascular y su pronóstico ha mejorado con la implantación del código ictus. No obstante, hasta un 20% de los casos atendidos como código ictus corresponden a otras etiologías¹.

Varón de 78 años que acudió a urgencias por síndrome confusional de varios días de evolución con desorienta-

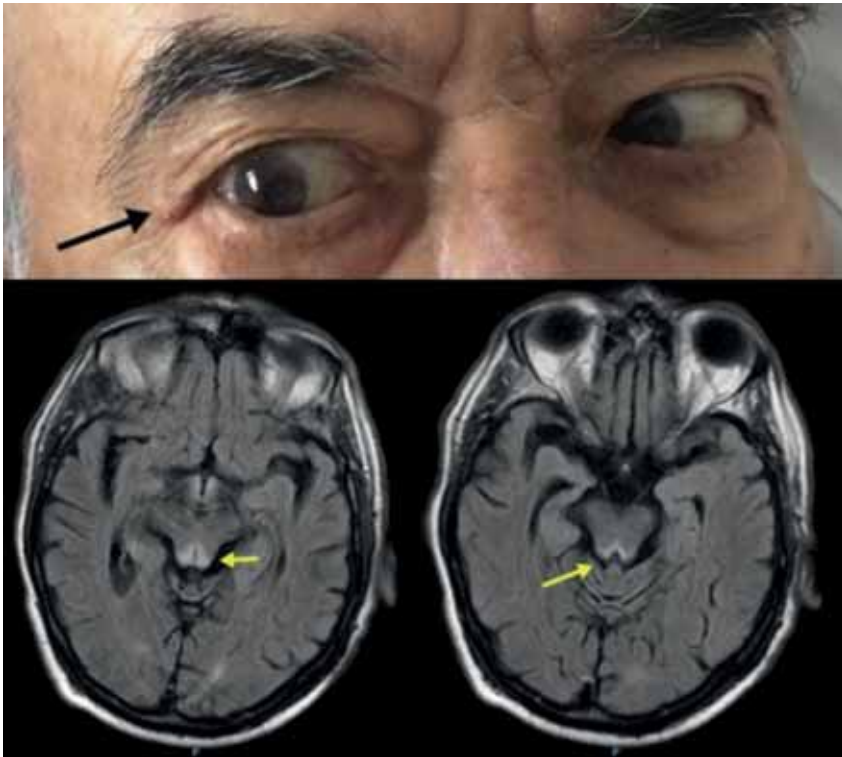


Figura 1. En la parte superior se observa la paresia VI par craneal que presentaba el paciente. En la zona inferior se muestra el realce de tubérculos cuadrigéminos (izquierda, flecha) y lámina cuadrigémica (derecha, flecha).

ción témporo-espacial, marcha con lateralización derecha y aumento de la base de sustentación. Ante la sospecha de ictus, se realizó una tomografía computarizada (TC) con estudio de perfusión que fue normal. El paciente negaba consumo de tóxicos. Ingresó con el diagnóstico de posible ictus vértebro-basilar. A la mañana siguiente, en la exploración realizada en planta, se objetivó nistagmo en el plano horizontal y una paresia de ambos rectos laterales (Figura 1). Se completó el estudio con una punción lumbar y una resonancia magnética (RM) craneal. La punción lumbar mostró un recuento de 10 leucocitos, 2 hematíes, 49 mg/dL de proteínas y una glucosa 79 mg/dL. El estudio de anticuerpos antigangliósidos fue negativo, descartándose razonablemente un síndrome de Miller Fisher. En las secuencias FLAIR y potenciadas en T2 de la RM craneal, se apreciaron lesiones hiperintensas que afectaban a la lámina cuadrigémica y se extendían a las regiones mediales talámicas (Figura 1); hallazgos compatibles con encefalopatía de Wernicke. Los familiares confirmaron un importante consumo alcohólico. La concentración de vitamina B1 fue de 2,8 µg/L (rango 2-8 µg/L). Se inició tratamiento con vitamina B1 500 mg/8 h, con con resolución progresiva del cuadro clínico.

La encefalopatía de Wernicke (EW) es una patología potencialmente grave si no se trata a tiem-

po. Se caracteriza por ataxia, confusión y oftalmoplejía. Los estudios realizados con necropsias revelan una incidencia en la población general mayor de lo esperado por estudios clínicos², lo que sugiere un infradiagnóstico. Asimismo, las concentraciones de tiamina en sangre pueden ser bajas pero dentro de la normalidad, por lo que se ha postulado que no reflejan las concentraciones de vitamina B1 en el sistema nervioso central³. Se ha objetivado una aparente susceptibilidad del sexo femenino para el desarrollo de EW³. Anorexia, embarazo, fluidoterapia prolongada (sobre todo con sueros glucosados) sin una correcta suplementación, cirugía bariátrica, enfermedades neoplásicas, trasplantes, diálisis y sida son algunas de las etiologías que, aparte del alcoholismo, pueden precipitar el desarrollo de una EW⁴. Se recomienda el tratamiento a todo paciente de alto riesgo (alcoholismo, desnutrición, antecedentes de malabsorción intestinal) sin diagnóstico claro que presente encefalopatía, afectación oculomotora y ataxia. Se debe administrar tiamina 500 mg i.v. tres veces al día durante tres días consecutivos y luego 250 mg/24 h du-

rante 5 días más, en combinación con otras vitaminas del complejo B⁵.

En conclusión, ante un paciente con una focalidad neurológica aguda es preciso una valoración neurológica experta, ya que el diagnóstico inicial es básicamente clínico. Una orientación diagnóstica inapropiada puede comportar iatrogenia y una demora en el tratamiento de entidades neurológicas que pueden simular un evento cerebrovascular agudo¹.

Miguel Ángel López Zúñiga¹,
Francisco Javier Andreo Jiménez²,
Francisco Javier Barrero Hernández²

¹Complejo Hospitalario de Jaén, España.
²Complejo Universitario de Granada, España.
miguelangellopezzuniga@gmail.com

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

El paciente ha confirmado su consentimiento para que su información personal pueda ser publicada.

Editor responsable

Aitor Alquézar, MD, PhD.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Bibliografía

- 1 Geffner Sclarsky D, Simón Gonzálbo A, Soriano Soriano C, Vilar Fabra C, Claramonte Clausell B, Belenguer Benavides A. Pseudoictus en el código ictus. Frecuencia, diagnóstico, tratamiento y destino. *Emergencias*. 2014;26:437-42.
- 2 Harper C. The incidence of Wernicke's encephalopathy in Australia—a neuropathological study of 131 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1983;46:593.
- 3 Davies SB, Joshua FF, Zagami AS. Wernicke's encephalopathy in a non-alcoholic patient with a normal blood thiamine level. *Med J Aust*. 2011;194:483.
- 4 Parkin AJ, Blunden J, Rees JE, Hunkin NM. Wernicke-Korsakoff syndrome of nonalcoholic origin. *Brain Cogn*. 1991;15:69.
- 5 Cook CC, Hallwood PM, Thomson AD. B Vitamin deficiency and neuropsychiatric syndromes in alcohol misuse. *Alcohol Alcohol*. 1998;33:317.

Sevoflurano tópico como terapia de rescate de dolor refractario en úlceras venosas crónicas

Topical sevoflurane for rescue analgesia in refractory pain due to chronic venous ulcers

Sr. Editor:

El dolor intenso asociado a heridas crónicas es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias (SU) y se asocia con un importante deterioro en la calidad de vida del paciente¹. El sevoflurano es un líquido volátil de uso hospitalario como anestésico general por vía inhalatoria. Se ha comunicado que las irrigaciones de sevoflurano sobre el lecho de úlceras dolorosas puede producir un efecto analgésico rápido, intenso y duradero^{2,5}.

Varón de 84 años independiente para las actividades de vida diaria, con antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva y fibrilación auricular, anticoagulado con acenocumarol. Ingresó por un episodio de insuficiencia cardíaca y desarrolló al alta úlceras vasculares venosas muy dolorosas en el miembro inferior derecho que fueron tratadas con desbridamiento enzimático durante un mes y medio sin respuesta. Se desestimó desbridamiento mecánico por el intenso dolor y el riesgo de sangrado. El dolor basal tenía componente somático y neuropático, le incapacitaba para deambular y dormir, era refractario a tratamientos analgésicos locales (crema de lidocaína y prilocaína) y sistémicos (antiinflamatorios no esteroideos –AINE– y opioides); y el paciente mostraba signos de toxicidad por opioides. Se trasladó a urgencias y se consultó con la unidad del dolor que desestimó medidas analgésicas invasivas debido a la mala situación clínica del paciente. Propusieron tratamiento, fuera de ficha técnica, con sevoflurano tópico previo consentimiento por escrito del paciente y de un familiar, del servicio de farmacia hospitalaria y de dirección médica (según Real Decreto 1015/2009, que regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales y su uso en condiciones diferentes a las autorizadas). La irrigación de sevoflurano directamente sobre la herida disminuyó el dolor desde 10 hasta 2 puntos en la escala verbal simple, en menos de un minuto, a pesar de la barrera a la difusión que suponía la escara necrótica (Figura 1A). Durante 12 meses fue tratado diariamente con sevoflurano en el domicilio, sin experimentar ningún tipo de efecto adverso, y se consiguió la retirada del tratamiento analgésico sistémico. La evolución de las lesiones también fue excelente, con reducción progresiva de su tamaño y cicatrización casi completa (Figura 1B). El paciente recuperó su calidad de vida previa, la capacidad de



Figura 1. Aspecto de la herida antes de la primera aplicación de sevoflurano (A) y tras 12 meses de irrigaciones diarias (B).

deambular y la independencia para actividades de la vida diaria.

La eficacia analgésica rápida del sevoflurano en heridas refractarias a otros analgésicos ha sido constatada en otros pacientes con heridas crónicas vasculares^{2,5}, incluso cuando existe componente de dolor irruptivo neuropático⁵. El mecanismo de acción por el que el sevoflurano produce hipnosis durante la anestesia general no se conoce con exactitud, y tampoco se conoce el mecanismo analgésico local sobre heridas. Se ha especulado con que este efecto analgésico podría deberse a un efecto sobre los nociceptores periféricos². Con respecto a la curación de las heridas, como ocurrió en este caso, podría estar en parte mediado por el conocido efecto vasodilatador del sevoflurano. Por tanto, el uso de sevoflurano tópico sobre heridas dolorosas puede ser una opción terapéutica a valorar en los SU y debería estudiarse su uso en heridas de diferente etiología.

Pilar Amores Valenciano¹,
Alicia Navarro Carrillo²,
María Aránzazu Romero Cebrián²,
Manuel Gerónimo-Pardo³

¹Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, España.

²Servicio de Urgencias, Hospital General de Villarrobledo, Albacete, España.

³Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España.

pamores01@gmail.com

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

El paciente ha confirmado su consentimiento para que su información personal pueda ser publicada.

Editor responsable

Aitor Alquézar, MD, PhD.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Bibliografía

- Green J, Jester R, McKinley R, Pooler A. The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. *J Wound Care*. 2014;23:601-12.
- Gerónimo-Pardo M, Martínez-Monsalve A, Martínez-Serrano M. Analgesic effect of topical sevoflurane on venous leg ulcer with intractable pain. *Phlebologie*. 2011;40:95-7.
- Martínez-Monsalve A, Gerónimo-Pardo M. Efecto analgésico de sevoflurano aplicado tópicamente sobre úlceras varicosas dolorosas en pacientes ambulatorios. *Heridas y Cicatrización*. 2013;1:16-9.
- Fernández-Ginés D, Cortiñas-Sáenz M, Mateo-Carrasco H, De Aranda AN, Navarro-Muñoz E, Rodríguez-Carmona R, et al. Efficacy and safety of topical sevoflurane in the treatment of chronic skin ulcers. *Am J Health-Syst Pharm*. 2017;74:e176-e182.
- Fernández-Ginés FD, Cortiñas Sáenz M, Fernández Sánchez C, Morales-Molina JA. Sevoflurano tópico: una nueva opción terapéutica paliativa en las úlceras cutáneas. *Medicina Paliativa*. 2015. (En prensa).