

Calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y oxigenoterapia domiciliar

Objetivo. Determinar los factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en oxigenoterapia crónica domiciliar (OCD).

Diseño. Descriptivo transversal.

Emplazamiento. Tres centros de salud urbanos.

Participantes. Todos los pacientes con EPOC estable en OCD (n = 28).

Mediciones principales. Entrevista para conocer el grado de disnea con la escala analógica visual de disnea (EAVD), el estado emocional con la escala de ansiedad y depresión de Golberg (EADG), la CVRS utilizando el Perfil de Salud de Nottingham (PSN)¹ y el Cuestionario Respiratorio St. George (SGRQ)², y la capacidad funcional y de esfuerzo mediante espirometría y prueba de la marcha (PM) de 6 min, respectivamente. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS 9.0. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y el análisis de la varianza para valorar la asociación entre CVRS y las variables clínico-fisiológicas. Se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC del 95%) y se consideró un nivel de significación estadística del 5% y 1%.

Resultados. El 89% eran varones, con una edad media de 72 ± 9 años. El tiempo medio de OCD era de $2,5 \pm 1,7$ años. La media del FEV₁ fue 743 ml (IC del 95%, 603-884); la de disnea en la EAVD, 4,7 (IC del 95%, 3,8-5,7); la de ingresos hospitalarios durante el último año, $2,5 \pm 2,5$, y el promedio de enfermedades crónicas, $4 \pm 2,6$. La PM sólo pudo realizarse en el 61% (n = 17) de casos, con una media de metros recorridos de 236 (IC del 95%, 217-310). La puntuación total en el SGRQ fue 52,1 (IC del 95%, 44,7-59,5),

TABLA 1. Correlaciones de Pearson para el Perfil de Salud de Nottingham y el Cuestionario Respiratorio St. George con FEV₁ absoluto, escala analógica visual de disnea, comorbilidad, ingresos hospitalarios (n = 28)

	Disnea	FEV ₁	Comorbilidad	Ingresos
PSN				
Energía	0,33	-0,45 ^a	0,24	0,27
Sueño	0,40 ^a	-0,04	0,4 ^a	-0,84
Aislamiento	0,42 ^a	0,09	0,50 ^b	0,01
Movilidad	0,48 ^b	-0,48 ^b	0,24	0,17
Emotividad	0,53 ^b	-0,19	0,38 ^a	0,20
Dolor	0,42 ^a	-0,09	0,50 ^b	0,01
Total	0,51 ^b	-0,21	0,42 ^a	0,14
SGRQ				
Síntomas	0,47 ^a	-0,16	-0,07	0,48 ^b
Actividad	0,45 ^a	-0,56 ^b	0,18	0,17
Impacto	0,45 ^a	-0,38 ^a	0,11	0,23
Total	0,52 ^b	-0,43 ^a	0,12	0,29

PSN: Perfil de Salud de Nottingham; SGRQ: Cuestionario Respiratorio St. George.

^ap < 0,05. ^bp < 0,01.

las dimensiones más afectadas fueron actividad, 73 (IC del 95%, 64,9-81,2) y síntomas 53,4 (IC del 95%, 45,8-61,0). Respecto al PSN, la media de puntuación total fue 30,3 (IC del 95%, 21,1-39,5) y las dimensiones más afectadas la energía, 52,3 (IC del 95%, 35,7-60,9) y la movilidad, 41,5, (IC del 95%, 29,4-53,5). La asociación entre las puntuaciones de los cuestionarios de CVRS y las variables clínico-fisiológicas se observa en la tabla 1. Respecto al estado emocional, el 29% (n = 8) cumplía criterios de ansiedad y el 43% (n = 12), de depresión. Los criterios de ansiedad se relacionaron de forma significativa con la puntuación total (p = 0,005), y las dimensiones energía (p = 0,034), sueño (p = 0,005) y movilidad (p = 0,020) del PSN, y con la puntuación total del SGRQ (p = 0,034). Los de depresión, con la puntuación en la EAVD (p = 0,054), con la dimensión movilidad (p = 0,002) y puntuación total del PSN (p = 0,000), y con la dimensión síntomas (p = 0,041) y puntuación total del SGRQ (p = 0,003).

Discusión y conclusiones. Los pacientes presentan un considerable deterioro de su calidad de vida que se refleja de forma más marcada en el SGRQ que en el PSN.

La comorbilidad y la limitación al ejercicio debida a la severidad de la EPOC han contribuido a la negativa de algunos pacientes

a realizar la PM. No se ha hallado ninguna asociación significativa entre comorbilidad y el SGRQ; en cambio, sí con la mayoría de las dimensiones del PSN. Ello podía indicar que existen factores no relacionados exclusivamente con la enfermedad pulmonar que influyen en la percepción de salud y que no quedan reflejados si no se utiliza un cuestionario genérico de CVRS.

La disnea es el parámetro que se correlacionó mejor con prácticamente todas las dimensiones de ambos cuestionarios; éste es un hecho conocido^{3,4} y esperable si tenemos en cuenta que ambas variables, disnea y CVRS, hacen referencia a percepciones subjetivas.

El malestar psíquico en estos pacientes es frecuente^{5,6}; a él contribuyen factores como la dependencia, el aislamiento social y las frecuentes descompensaciones. Las EADG, aunque no son diagnósticas, nos sugieren que el 50% presentaba sintomatología ansiosa y/o depresiva.

Respecto a los valores espirométricos, se observa una mayor influencia del FEV₁ en el cuestionario de CVRS específico que en el genérico.

En relación con la disminución de la capacidad de ejercicio, ésta sólo se asoció significativamente con la dimensión actividad del SGRQ. Esta constatación, junto con la poca repercusión de la alta tasa de reingre-

Palabras clave: Calidad de vida.
Oxigenoterapia crónica domiciliar.
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

sos, podría atribuirse a que son personas mayores sedentarias, adaptadas a las restricciones ocasionadas por un proceso de larga evolución que les lleva a una mejor aceptación de sus limitaciones.

La limitación del presente trabajo es su reducido número de pacientes. Este hecho compromete la potencia estadística del estudio y repercute en los resultados obtenidos. En conclusión, la CVRS de la cohorte de pacientes estudiada está afectada. Los trastornos emocionales tienen una alta prevalencia y, como la disnea, se correlacionan de forma semejante en ambos cuestionarios de CVRS. Las variables fisiológicas se correlacionan mejor con el SGRQ; en cambio, la asociación con el número de por enfermedades crónicas se observa sólo en el PSN. Consideramos que los cuestionarios de CVRS son útiles en la valoración del impacto de la enfermedad en estos pacientes y que la utilización conjunta de genéricos y específicos aporta información complementaria.

J.A. Martínez Lafuente^a,
M.T. Tomàs Bertran^a, E. Jovell
Fernández^a y A. Lluell Casanovas^b

^aUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Llützer. Terrassa. (Barcelona). España. ^bServicio de Neumología. Consorcio Sanitario de Terrassa. Terrassa. España.

1. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994;3: 385-93.
2. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St. George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J* 1996;9:1160-6.
3. Mahler DA, Faryniarz K, Tomlinson D, Colice GL, Robins AG, Olmstead EM, et al. Impact of dyspnea and physiologic function on general health status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chest* 1992;102:395-401.
4. Elías Hernández MT, Ortega Ruiz F, Sánchez Riera H, Otero Candelera R, Sánchez Gil R, Montemayor Rubio T. Papel de la disnea en la calidad de vida del paciente con enfermedad obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 1999;35: 261-6.

5. Light RW, Merrill EJ, Despars JA, Gordon GH, Mutalipassi LR. Prevalence of depression and anxiety in patients with COPD: relationship to functional capacity. *Chest* 1985;87:35-8.
6. Manen JG, Bindels PJE, Dekker FW, IJzermans CJ, Van der Zee JS, Schadé E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax* 2002;57:412-6.

Efectividad de «¿quería algo más?» como medida de prevención de las demandas adicionales

Introducción. Una demanda adicional o aditiva (DA) consiste en un nuevo motivo de consulta que se adiciona al anterior, una vez finalizado el inicial¹, mediante las fórmulas de: «ya que estoy aquí...», «a propósito...», «de paso...»

Borrell, en su manual de entrevista clínica¹, sugiere como medida de prevención de las DA realizar la pregunta «¿se le ofrece algo más?» cuando el paciente acaba de comentar su primer motivo de consulta. Sin embargo, Peláez et al² comprobaron que la intervención del profesional con esta fórmula genera más DA.

Objetivo. Evaluar la efectividad de «¿quería algo más?» como medida de prevención de las DA.

Diseño. Estudio de intervención controlado (trabajo de campo: abril de 2003).

Emplazamiento. El estudio se realizó en los cuatro centros de salud de Santiago de Compostela.

Participantes. Pacientes atendidos en las consultas de demanda y administrativas. Los elementos necesarios para el cálculo del tamaño muestral en cada grupo³ fueron: $p_1 = 0,27$ (por la bibliografía²), $p_2 = 0,32$; riesgo $\alpha = 0,05$ y riesgo $\beta = 0,10$ (potencia = 0,90). Con todos estos elementos, el tamaño muestral necesario sería de 1.424 pacientes en cada grupo. Teniendo

en cuenta la demanda de los cupos médicos correspondientes, se estimó que harían falta 5 días de registro en cada grupo para obtener el número necesario.

Intervención. Durante los primeros 5 días de registro no se hizo ningún tipo de intervención, sólo registro. Dicha intervención se hizo durante los restantes 5 días: la pregunta «¿quería algo más?» se realizó justo después de que el paciente expresara el motivo fundamental de consulta. El número de pacientes que finalmente entraron en cada grupo fue de 1.510.

Mediciones principales. Las variables recogidas, aparte de las presentes en la hoja de cita previa (cupos médicos, sexo, edad y motivo de consulta), fueron: presencia de acompañante y número de demandas adicionales. Para el análisis univariante de los resultados se empleó la media $\pm$ desviación estándar (DE) y para el bivariante, la prueba de la χ^2 y la prueba de la t de Student para datos independientes.

Resultados. El 61,7% de los pacientes era mujer, y la edad media global, y de $52,3 \pm 19,5$ años. Tanto el grupo de intervención como el de control no presentan diferencias estadísticamente significativas en los motivos de consulta, en el sexo, en la edad y en el hecho de acudir acompañado (tabla 1), lo que demuestra la comparabilidad intergrupos.

Un 18,6% de los pacientes realizaron DA en el grupo de intervención frente a un 20,3% en el de control, sin que hubiera diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,27$). La no significación se mantiene tanto en las consultas por enfermedad ($p = 0,37$) como en las administrativas ($p = 0,70$).

Discusión y conclusión. Coincidimos con Peláez et al² en la afirmación de que no deben existir variaciones estacionales en el fenómeno de las DA, lo que, en caso contrario, condicionaría tanto el diseño como la generalización de los resultados.

Con respecto a éstos, hay que comenzar destacando un menor porcentaje de DA en comparación con el estudio anteriormente mencionado² (20,3 frente a 27,3% en el grupo control y 18,6 frente a 31,7% en el grupo de intervención). Otra discrepancia, ya relacionada plenamente con el objetivo fundamental de ambos estudios, estriba en el hecho de que Peláez et al² obtienen un

Palabras clave: Demanda adicional. Efectividad. Atención primaria.

TABLA 1. Comparabilidad intergrupos según diversas variables

	Grupo intervención	Grupo control	Significación
Consulta enfermedad	64,2%	66,7%	$\chi^2 = 1,86$
Consulta administrativa	35,8%	33,3%	$p = 0,173$
Varones	38,3%	38,3%	$\chi^2 = 0$
Mujeres	61,7%	61,7%	$p = 1$
Acompañado/a	9,4%	11,1%	$\chi^2 = 2,08$
No acompañado/a	90,6%	88,9%	$p = 0,150$
Edad media, años	52,4 $\pm$ 19,3	52,2 $\pm$ 19,7	$t = 0,22$
			$p = 0,829$

aumento significativo de las DA con la intervención (del 27,3 al 31,7%; $p = 0,01$), mientras que en el presente estudio incluso se objetivó una disminución (aunque no significativa) de las DA con la intervención.

Aunque, según otros estudios⁴, no sea extraño detectar un aumento de las DA con la intervención, en nuestro estudio no se evidenció ese incremento. Nuestros resultados están más en la línea de lo mencionado por Borrell¹, al afirmar que el temor (a ese incremento de las DA tras «¿quería algo más?» no se confirma en la práctica asistencial.

Por tanto, la conclusión fundamental sería que la intervención con «¿quería algo más?» no aumenta las DA, pero sí hace explícita la DA en el momento óptimo, desde el punto de vista organizativo, para el profesional.

Agradecimiento

A los doctores Álvarez, Anca, Caamaño, Del Corral, Ferreira, Freiria, García, Gómez, Girón, Hawkins, Iglesias, López, Martínez, Navajo, Proupín y Torreira.

X.M. Segade Buceta

Unidad Técnica de Salud Pública. Área de Atención Primaria de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

1. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica para la Atención Primaria de Salud. Barcelona: Doyma, 1989.
2. Peláez C, Fernández MI, Suárez P, Malo de Molina A, Díaz A. Las demandas adicionales («ya que...») en atención primaria. Aten Primaria 1996;17:12-6.
3. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación aplicados a la atención pri-

maria de salud. Madrid: Mosby/Doyma, 1991.

4. Ferrer A, López M, Leal M, Albaladejo E. Pues ya que..., un problema frecuente en atención primaria. Aten Primaria 1997;19:102.

Hiponatremia por carbamazepina y paroxetina

Introducción. La carbamazepina (CBZ) es un medicamento utilizado para el tratamiento de la epilepsia, la neuralgia del trigémino y la neuralgia posherpética. Ocasiona reacciones adversas (RA) dependientes de las dosis frecuentes, como vértigo, somnolencia, trastornos visuales y ataxia¹. Se han descrito otras RA potencialmente graves como arritmias, bloqueo cardíaco, insuficiencia cardíaca, síncope, convulsiones, coma, hiponatremia y, ocasionalmente, muerte^{1,2}. La hiponatremia es un efecto adverso bien conocido que afecta a entre el 5 y el 40% de los tratados; suele ser asintomática, pero en ocasiones puede ser grave y difícil de distinguir de las RA directas de la CBZ sobre el sistema nervioso central^{1,3}. Por otra parte, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) también pueden ocasionar hiponatremia por un mecanismo de secreción inadecuada de adiuretina (ADH)⁴. En España sólo se ha publicado un caso de hiponatremia debido a la inte-

racción entre CBZ y claritromicina, y un caso de secreción inadecuada de ADH por paroxetina^{5,6}. Presentamos un caso de una hiponatremia con síncope relacionada con la toma de CBZ para el tratamiento de una neuralgia posherpética junto con paroxetina para la depresión. Esta RA ha sido notificada al Sistema Español de Farmacovigilancia.

Caso clínico. Varón de 79 años y 80 kg de peso, sin hábitos tóxicos, ni antecedentes psiquiátricos, con diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, hipertensión arterial y enfermedad por reflujo gastroesofágico en tratamiento por vía oral con glicacida (15 mg/día), metformina (850 mg/día), enalapril (20 mg/día) y omeprazol (20 mg/día). Fue estudiado 3 años antes por presentar bradicardia asintomática a 52-60 lat/min y bloqueo auriculoventricular de primer grado. En junio de 2002 presentó un herpes zoster de la primera y segunda ramas del nervio trigémino derecho, con afección ótica y oftalmológica. Se trató con valaciclovir (1 g/día durante 7 días) y metamizol (6 g/día durante 2 semanas) por vía oral, con aciclovir ungüento (una aplicación conjuntival/6 h durante 15 días) y enoxacina colirio (una gota/6 h durante 7 días). Debido al dolor neuropático, se inició tratamiento con CBZ vía oral (200 mg/día) que se incrementó hasta 400 mg/día. Las lesiones cutáneas evolucionaron a la curación en 15 días, pero por persistencia del dolor en la cuarta semana se sustituyó el metamizol por prednisolona, 30 mg/día, y se añadió paroxetina, 20 mg/día por depresión reactiva. A los 40 días de iniciarse el herpes zoster, ingresó en el hospital por vértigo intenso, síncope con pérdida de conciencia de 2 min de duración y relajación de esfínteres, con posterior obnubilación y recuperación completa del nivel de conciencia a los 20 min. En el momento del ingreso estaba consciente, orientado y colaborador. La exploración física detectó una presión arterial de 210/100 mmHg, bradicardia a 46 lat/min y soplo sistólico grado II/VI en el foco aórtico, sin edemas maleolares ni signos de descompensación de insuficiencia cardíaca. En la analítica destacaban un hematocrito de 38,7%, un ácido úrico de 2,6 mg/dl, una glucemia de 115 mg/dl y un sodio plasmático de 120 mEq/l. El sedimento urinario, las concentraciones plasmáticas de

Palabras clave: Carbamazepina. Paroxetina. Hiponatremia. Síncope.

urea, la creatinina, la HbA_{1c}, el potasio, las transaminasas, el colesterol, los triglicéridos, las proteínas totales, la albúmina y la TSH eran normales. La radiografía de tórax fue normal. El ECG presentó ritmo sinusal a 46 lat/min y bloqueo auriculoventricular de primer grado. La eco-Doppler cardíaca mostró una alteración degenerativa en la válvula aórtica y calcificación focal de la válvula mitral, sin otras alteraciones. Se practicó un Holter sin detectarse alteraciones significativas. La orina de 24 h mostró proteinuria de 2,4 g, excreción de sodio de 44 mEq/l y de potasio de 92,4 mEq/l. Se retiró la CBZ y los corticoides, y el paciente fue dado de alta, a los 5 días del ingreso, asintomático, con un sodio de 127 mEq/l, que a los 25 días era de 133 mEq/l, y a los 45 días estaba normalizado (135 mEq/l).

Discusión y conclusiones. Aunque no se puede descartar que el síncope fuese por una bradicardia extrema no detectada en el ECG inicial ni en el Holter, la RA muestra una estrecha relación temporal con la toma conjunta de CBZ y paroxetina, y además la hiponatremia es bien conocida con la toma de CBZ^{2,3}. La paroxetina aumenta las concentraciones de algunos antiepilépticos, y aunque no hay datos concluyentes sobre la interacción con CBZ, ésta es probable ya que su vía de metabolización hepática es común, a través del citocromo p450, y esta interacción está descrita para fluoxetina y venlafaxina¹. También la paroxetina puede ocasionar hiponatremia, un síndrome de secreción inadecuada de adiuretina (SIADH)^{4,6}. Otras causas de hiponatremia (diabetes descompensada, cirrosis, hipotiroidismo, diuréticos, pérdidas gastrointestinales de líquido, insuficiencia cardíaca, suprarrenal o renal y polidipsia psicógena) se descartaron.

Es muy probable que se haya producido una interacción entre la CBZ y la paroxetina. La paroxetina por sí sola no ha sido capaz de ocasionar la hiponatremia, ya que se mantuvo su administración después de la retirada de la CBZ y de la resolución de la RA, ya que parece también un mecanismo añadido de SIADH. El retraso en la normalización de los valores plasmáticos de sodio tras la retirada de la CBZ no va en contra de la relación de causalidad, ya que se ha comprobado que la normalización de la natremia puede retrasarse hasta más de 60 días³.

Las interacciones con repercusión clínica de fármacos antiepilépticos con medicamentos de uso común son un hecho frecuente; este caso ilustra una posible interacción nueva con un ISRS que habrá que tener en cuenta con nuestros pacientes.

E. Sempere i Verdú^a,
M. Bel Reverter^a, V. Palop Larrea^b
y J.J. Hidalgo Mora^c

^aCentro de Salud de Paterna. Conselleria de Sanitat. València. España. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira. València. España. ^cUnidad de Hospitalización domiciliaria. Hospital de la Plana. Vila-reial. Castelló. España.

1. Martindale. The extra pharmacopoeia. 31th ed. London: Royal Pharmaceutical Society 1996; p. 369-72.
2. Stone S, Lange LS. Syncope and sudden unexpected death attributed to carbamazepine in a 20-year-old epileptic. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1987;49:1460-1.
3. Madhusoodanan S, Bogunovic OJ, Moise D, Brenner R, Markovitz S, Sotelo J. Hyponatremia associated with psychotropic medications. A review of the literature and spontaneous reports. Adverse Drug React Toxicol Rev 2002;21:17-29.
4. Committee on Safety of Medicines/Medicines Control Agency. Antidepressant-hyponatraemia induced. Current Problems 1994;20:5-6.
5. Alegre S, Araujo J, Rubio JM. Interacción claritromicina-carbamazepina: síntomas neurológicos e hiponatremia. An Med Intern 1998;15:48-9.
6. Arriba de G, Machín JM, Balanza J. Síndrome de secreción inadecuada de ADH durante la administración de paroxetina. Med Clin (Barc) 2003;121:158-9.

Necrobiosis lipoidea en paciente asintomático: ¿marcador de riesgo cardiovascular?

Introducción. Como en otros países occidentales, las enfermedades cardiovasculares tienen una enorme relevancia en España, ya

Palabras clave: Necrobiosis lipoidea. Asintomático. Riesgo cardiovascular. Marcador.



FIGURA 1. Región pretibial con imagen de necrobiosis lipoidea.



FIGURA 2. Detalle de la zona afectada de necrobiosis lipoidea.

que producen una elevada morbilidad, discapacidad y repercusión socioeconómica. El conocimiento de los principales factores de riesgo modificables de estas enfermedades permite su prevención, por lo que la identificación de nuevos factores de riesgo cardiovascular puede ser de utilidad para disminuir la incidencia. En este caso, una paciente no diagnosticada de diabetes mellitus (glucemia basal normal) presenta una lesión dermatológica típica de la diabetes ya establecida, por lo que la alteración cutánea nos sirvió de ayuda para detectar una intolerancia a la glucosa y un mayor riesgo cardiovascular.

Caso clínico. Mujer de 44 años, fumadora (8 cigarrillos/día), con sobrepeso (índice de masa corporal, 29) y sin antecedentes patológicos de interés que acude porque desde hace 5 meses se aprecia una lesión pigmentada en la pierna izquierda (figs. 1 y 2), no pruriginosa y que no desaparece tras aplicar una crema de corticoides (betametasona) durante un mes. Ante la persistencia de la lesión fue derivada al servicio de dermatología, donde se le practicó una biopsia cutánea y tras el informe anatomopatológico fue diagnosticada de necrobiosis lipoidea. Con el informe del dermatólogo, en la consulta de atención primaria se practicó una

analítica general, apreciándose todos los parámetros dentro de la normalidad excepto el perfil lipídico (colesterol total, 242 mg/dl; HDL, 35 mg/dl, y LDL, 187 mg/dl). Se ha descrito en la bibliografía una asociación entre la necrobiosis lipoidea y la diabetes mellitus, pero la paciente no era diabética y sus cifras basales de glucemia eran de 108 mg/dl. Se indicó un test de tolerancia oral con 75 g de glucosa, y presente a las 2 h una glucemia de 198 mg/dl, con lo que fue diagnosticada de intolerancia oral a la glucosa.

Discusión y conclusiones. La necrobiosis lipoidea, localizada sobre todo en la región pretibial, consiste en placas escleróticas amarillentas con un borde eritematoso. En general son de pequeño tamaño, pero pueden confluir formando grandes placas y en ocasiones se ulceran. La incidencia es baja (0,4%) y su principal problema es estético, ya que suelen afectar a mujeres jóvenes. Se asocia a la diabetes mellitus y a otras enfermedades¹⁻⁶ como sarcoidosis, trastornos tiroideos, renales, etc.

En este caso ha resultado llamativa la aparición de una lesión cutánea típica de la diabetes en una paciente que presentaba unas cifras basales de glucemia normales, aunque la curva de glucemia ha mostrado una intolerancia a la glucosa latente e indirectamente un mayor riesgo cardiovascular de la paciente. Por tanto, una lesión cutánea poco frecuente ha resultado de ayuda para detectar este mayor riesgo. Además, la paciente tiene un perfil lipídico desfavorable, lo que unido a la intolerancia a la glucosa, el sobrepeso y el tabaco hace que presente un alto riesgo cardiovascular y precise un tratamiento higienicodietético y farmacológico individualizado.

M. Leal Hernández^a, J. Abellán Alemán^a, R. Vicente Martínez^b y J. Martínez Crespo^b

^aCentro de Salud Benijáfan-San Andrés. Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia (UCAM). Murcia. España. ^bDUE. Centro de Salud de Benijáfan. Unidad Docente de MFyC. Murcia. España.

- Marinella MA. Necrobiosis lipoidica diabetorum. *Lancet* 2002;360:1143.
- Ferringer T, Miller F 3rd. Cutaneous manifestations of diabetes mellitus. *Dermatol Clin* 2002;20:483-92.
- Igawa K, Maruyama R, Satoh T, Yokozeki H, Katayama I, Nishioka K. Necrobiosis lipoidica-like skin lesions in systemic sarcoidosis. *J Dermatol* 1998;25:653-6.
- Murray CA, Miller RA. Necrobiosis lipoidica diabetorum and thyroid disease. *Int J Dermatol* 1997;36:799-800.
- Kelly WF, Nicholas J, Adams J, Mahmood R. Necrobiosis lipoidica diabetorum: association with background retinopathy, smoking, and proteinuria. A case controlled study. *Diabet Med* 1993;10:725-8.

Abdominalgia difusa: neumoperitoneo

Introducción. La detección de aire libre en la cavidad abdominal refleja generalmente la perforación de una víscera hueca y, en consecuencia, establece la necesidad de cirugía urgente¹.

Caso clínico. Un varón de 38 años consultó por dolor súbito abdominal desde hacía 3 h. El dolor era continuo, localizado inicialmente en epigastrio e hipocondrio derecho y generalizado a todo el abdomen al cabo de 1 h. Se acompañaba de náuseas y vómitos. El paciente era fumador y 6 años antes fue diagnosticado mediante una endoscopia de úlcera péptica, pero no tomó fármacos antisecretores. En la exploración destacaba un aspecto de gravedad y signos de irritación peritoneal, pero estabilidad hemodinámica. Tanto la radiografía de abdomen en bipedestación como la de tórax evidenciaron una colección de gas con morfología de media luna en la región infradiaphragmática derecha, que sugería neumoperitoneo (NP) (fig. 1). El paciente fue intervenido con urgencia, demostrándose una úlcera gástrica perforada, que requirió gastrectomía parcial. El postoperatorio cursó sin complicaciones.



Figura 1. Radiografía de tórax: colección de gas con morfología de media luna en la región infradiaphragmática derecha.

Discusión y conclusiones. En el diagnóstico diferencial de una abdominalgia aguda difusa se deben considerar las siguientes entidades: gastroenteritis aguda (la más frecuente), obstrucción intestinal, isquemia mesentérica aguda y perforación de víscera hueca¹. En el último supuesto, la salida de aire hacia la cavidad peritoneal se conoce como NP. El 85-95% de los casos de NP no inducido por cirugía se deben a una perforación visceral². El gas que se libera al perforarse una víscera hueca abdominal no sólo se puede extender al espacio peritoneal, sino también al mediastino (neumomediastino) o a los tejidos blandos (enfisema subcutáneo)³. Cuando la víscera afectada es el estómago o duodeno, como en el caso expuesto, la anamnesis evidencia en muchas ocasiones una historia de úlcera péptica, y el paciente puede discriminar el dolor que ocasiona esta última del producido por el NP, que es más intenso y agudo, y se generaliza rápidamente al resto del abdomen cuando se desarrolla la peritonitis⁴. El NP se suele confirmar con una radiografía simple de tórax o abdomen en bipedestación, que mostrarán gas infradiaphragmático. La tomografía computarizada es más sensible que la radiografía simple para detectar pequeñas cantidades de aire intra-peritoneal⁵.

Aunque la presencia de NP establece la necesidad de cirugía, en ocasiones, la acumulación de gas en el peritoneo responde a su filtración (microperforación) desde la pared gástrica, útero o trompas de Falopio, un mecanismo que también puede estar presente después de una resucitación cardiopulmonar^{1,6}. En esta pequeña proporción de pacientes, inferior al 10%, sin signos clínicos de irritación peritoneal ni

Palabras clave: Neumoperitoneo. Abdominalgia. Perforación visceral.

1. Jabbour SA. Cutaneous manifestations of endocrine disorders: a guide for dermatologists. *Am J Clin Dermatol* 2003;4:315-31.

datos biológicos de infección, la observación clínica puede ser suficiente, hasta la reabsorción completa del NP en varias semanas^{1,2}.

J. Soler-González^a y J.M. Porcel^b

^aABS Balàfia-Pardinyes-Secà. Lleida. España. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. España.

1. Williams NM, Watkin DF. Spontaneous pneumoperitoneum and other nonsurgical causes of intraperitoneal free gas. *Postgrad Med J* 1997;73:531-7.
2. Mularski RA. Pneumoperitoneum: a review of nonsurgical causes. *Crit Care Med* 2000;28:2638-44.
3. Vicente JM, Álvarez C, Rueda O. Aspectos radiológicos del retroneumoperitoneo. A propósito de un caso de diverticulitis complicada. *Radiología* 1998;40:555-8.
4. Carbonell C. Complicaciones de la úlcera péptica. En: Balibrea JL, editor. *Patología quirúrgica*. Madrid: Marbán editores, 2002.
5. Marincek B. Nontraumatic abdominal emergencies: acute abdominal pain: diagnostic strategies. *Eur Radiol* 2002;12:2136-50.
6. Guillem P. Radiologic pneumoperitoneum without perforation of a hollow viscus. *J Chir* 2002;139:5-15.