

que es tan importante o más que el propio del curso y puede ser un gran impulso en la enseñanza de la cirugía en nuestro país. De facto, existen corrientes que impulsan a la evaluación de las habilidades adquiridas. Para poder evaluarlas se proponen modelos virtuales, o también los propios con cadáveres, con una clara superioridad de los cuerpos humanos⁴. Esta valoración debería ser imprescindible antes de iniciar la ejecución real de las operaciones⁵.

Únicamente me queda animar a equipos quirúrgicos y universidades de nuestro país a profundizar en las interacciones para poder trabajar con cadáveres, y no solo como avances en las técnicas, sino para iniciar a jóvenes cirujanos en técnicas más que estandarizadas. Los beneficios superan con creces las dificultades de la organización, por lo que esta posibilidad debería dejar de estar infrautilizada⁶.

Y, para acabar, quiero volver a agradecer a las personas que un día fueron, en un intento de devolución a su dadivoso acto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sharma M, Macafee D, Horgan AF. Basic laparoscopic skills training using fresh frozen cadaver: A randomized controlled trial. *Am J Surg.* 2013;206:23-31.
2. Diesen DL, Erhunmwunsee L, Bennett KM, Ben-David K, Yurcisin B, Ceppa EP, et al. Effectiveness of laparoscopic computer simulator versus usage of box trainer for endoscopic surgery training of novices. *J Surg Educ.* 2011;68:282-9.

3. Sharma M, Macafee D, Pranesh N, Horgan AF. Construct validity of fresh frozen human cadaver as a training model in minimal access surgery. *JLS.* 2012;16:345-52.
4. Sharma M, Horgan AF. Comparison of fresh-frozen cadaver and high-fidelity virtual reality simulator as methods of laparoscopic training. *World J Surg.* 2012;36:1732-7.
5. Sinitsky DM, Fernando B, Berlingieri P. Establishing a curriculum for the acquisition of laparoscopic psychomotor skills in the virtual reality environment. *Am J Surg.* 2012;204:367-76.
6. Lloyd GM, Maxwell-Armstrong C, Acheson AG. Fresh frozen cadavers: An under-utilized resource in laparoscopic colorectal training in the United Kingdom. *Colorectal Dis.* 2011;13:e303-4.

Óscar Vidal^{a*}, César Ginestà^a, Juan José Espert^b, Mauro Valentini^a y Juan Carlos García-Valdecasas^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Institut de Malalties Digestives i Metabolisme, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, IDIBAPS, Barcelona, España

^bServicio de Cirugía Gastrointestinal, Institut de Malalties Digestives i Metabolisme, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, IDIBAPS, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ovidal@clinic.ub.es (Ó. Vidal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.12.005>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Es el neumomediastino y enfisema cervical un signo de mal pronóstico en la dehiscencia de anastomosis colorrectal?



Is pneumomediastinum and cervical emphysema a sign of poor prognosis in colorectal anastomosis leakage?

Sr. Director:

Hemos leído con interés el trabajo del Dr. de la Plaza Llamas et al.¹, sobre el neumomediastino y enfisema cervical como signo inicial en una dehiscencia anastomótica colorrectal. Recientemente tuvimos ocasión de tratar un caso similar, y lo excepcional del mismo nos ha animado a divulgarlo, así como comentar algunos detalles del caso de los referidos autores.

Varón de 85 años en estudio por anemia ferropénica se diagnostica de adenocarcinoma de sigma. Se realiza TC toraco-abdominal que no evidencia enfermedad a distancia, informando de una estadificación radiológica T₂N₀M₀. Es

intervenido mediante abordaje laparoscópico, realizando sigmoidectomía con anastomosis colorrectal término-terminal mecánica. El paciente evoluciona de forma favorable, presentando al 4.º día del postoperatorio un marcado enfisema cervical supraclavicular, que se extiende a miembros superiores, tórax y abdomen, sin asociar clínica de dolor abdominal. Se realiza TC toraco-abdominal que informa de importante enfisema cervical y neumomediastino (fig. 1A y B), destacando a nivel abdominal neumoperitoneo moderado en compartimento supramesocólico (fig. 1C) y 2 mínimas burbujas en la vecindad de la anastomosis colorrectal (fig. 1D), sin presencia de líquido ni otras alteraciones. Se realiza nuevo abordaje laparoscópico, hallando dehiscencia puntiforme en la cara anterior de la anastomosis colorrectal,

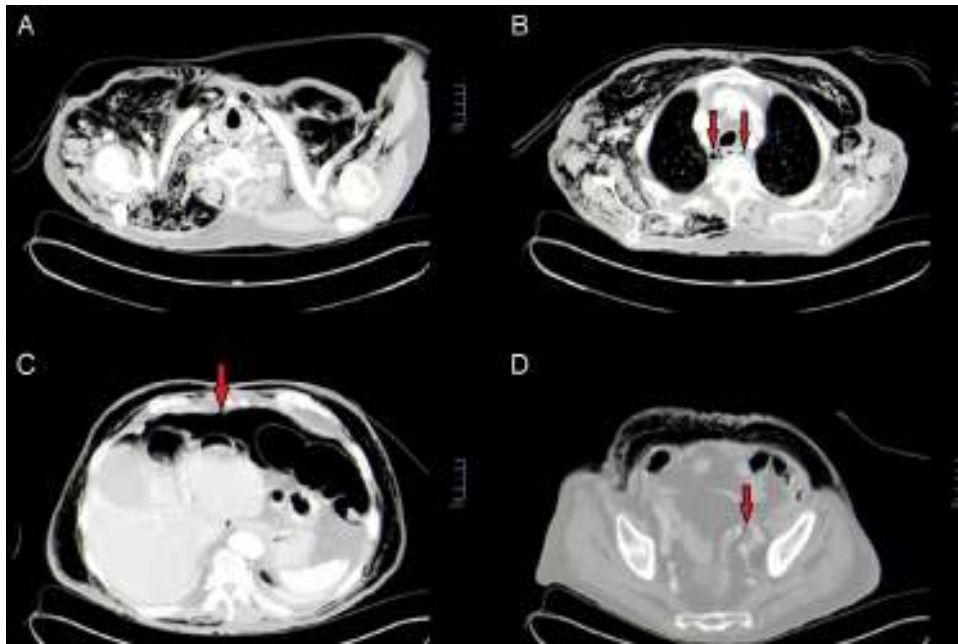


Figura 1 – 1A) Corte axial de la TC que muestra enfisema cervical supraclavicular anterior y posterior. B) Corte axial de la TC que muestra neumomediastino (flechas). C) Corte axial de la TC que muestra neumoperitoneo moderado (flecha). D) Corte axial de la TC que muestra mínima burbuja extraluminal en vecindad de anastomosis colorrectal (flecha).

que se evidencia mediante test de estanqueidad bajo aire, sin presencia de peritonitis asociada, realizando resección de la misma y nueva anastomosis colorrectal término-terminal mecánica. Durante el postoperatorio el paciente evoluciona de forma favorable, con resolución del enfisema de forma espontánea, sin tratamiento específico, por lo que es dado de alta 7 días después de la reintervención.

El neumomediastino y enfisema cervical es un signo infrecuente como comienzo de dehiscencia de una anastomosis colorrectal^{1,2}, habiendo sido hallado también en casos de diverticulitis perforada³ y perforación tras polipectomía endoscópica⁴. Como señala la literatura, el tiempo de demora en el diagnóstico es el que marca el pronóstico². En nuestro caso, el diagnóstico se produjo en los primeros días postoperatorios, lo que permitió un tratamiento precoz, evitando el desarrollo de una peritonitis y la morbilidad asociada, y permitiendo realizar una nueva anastomosis. El hecho de no poder diagnosticar en el caso citado¹ la dehiscencia hasta 11 días después de la intervención, dado que la paciente no presentó síntomas durante su estancia hospitalaria, alargó la estancia hasta los 60 días asociando, suponemos, importante morbilidad postoperatoria, y no permitiendo realizar una anastomosis durante el acto quirúrgico.

Queremos resaltar que, aunque el neumomediastino y el enfisema cervical pueden ser el primer signo de presentación de una dehiscencia de anastomosis colorrectal, el tiempo de demora en el diagnóstico y las condiciones intraabdominales que nos encontremos serán las que marcarán la actitud terapéutica y el pronóstico del cuadro, no debiendo ser de forma obligada un cuadro grave asociado a importante morbilidad y estancia prolongada.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Plaza Llamas R, Ramia Ángel JM, García Amador C, López Marcano AJ. Neumomediastino y enfisema cervical como comienzo de dehiscencia de anastomosis colorrectal. *Cir Esp.* 2015;93:e81.
2. Souche R, Bouyabrine H, Navarro F. Subcutaneous emphysema of thorax, neck and face after elective left colectomy: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4:489–92.
3. Sarriguarte Lasarte A, Marín Ortega H, Prieto Calvo M, Fernández del Val JF. Neumomediastino y enfisema subcutáneo cervical por diverticulitis aguda perforada colónica. *Cir Esp.* 2014;92:e55.
4. Ochando F, Martín JG, Torralba JA, Aguilar J, Aguayo JL. Enfisema subcutáneo cervical y neumomediastino tras polipectomía endoscópica de colon. *Cir Esp.* 2000;68:516–7.

Emilio Peña Ros^{ab*}, Pedro A. Parra Baños^a,
 María Fe Candel Arenas^{ab} y
 Antonio Albarracín Marín-Blázquez^{ab}

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^bUniversidad Católica San Antonio, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emilio.doctor@gmail.com (E. Peña Ros).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.11.003>
 0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.