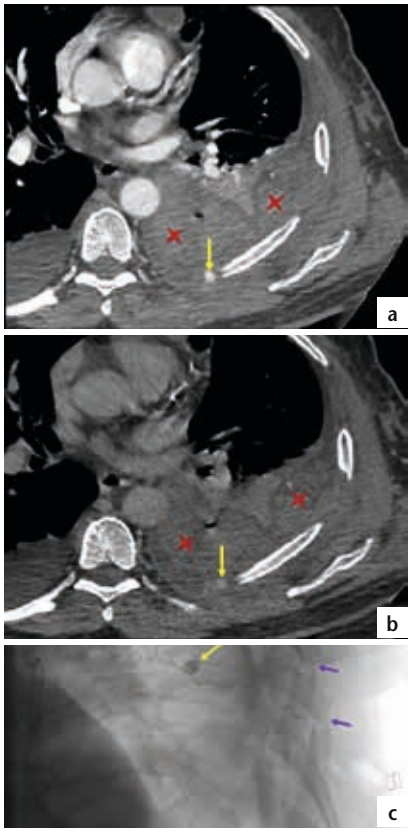

Figura 1. a: Imagen axial de la angio-TC de aorta torácica en fase arterial. Hemotórax izquierdo (estrellas rojas), en cuya periferia se observa una imagen de morfología redondeada de densidad similar a la aorta (flecha amarilla). b: Imagen axial de angio-TC de aorta torácica en fase venosa. En la periferia del hemotórax izquierdo (estrellas rojas), la imagen hiperdensa redondeada (flecha amarilla) persiste de igual tamaño y morfología, pero con menor densidad, que es en todo momento igual a la de la aorta. c: Imagen de arteriografía. Acumulación de contraste de morfología redondeada (flecha amarilla) dependiente del tercio medio de una arteria intercostal izquierda. No hay extravasación de contraste. Fracturas costales izquiedas (flechas moradas).

cica pulsátil o un hematoma extrapleural[1,3]. La angio-TC de aorta tiene un papel primordial en el estudio y manejo del traumatismo torácico cerrado[3]; muestra áreas redondeadas de igual atenuación y comportamiento en los estudios poscontraste que las arterias de las que proceden[2]. Los pseudoaneurismas se pueden identificar como áreas redondeadas de acumulación de contraste[2]. La embolización es el tratamiento de elección, aunque también existen casos tratados con *stents* recubiertos o cirugía[3]. Su finalidad es excluir estas lesiones completamente de la circulación[4].

Ante un hemotórax no justificado por otras causas se debería descartar la formación de un pseudoaneurisma intercostal, especialmente en traumatismos. Su sospecha es fundamental para la confirmación diagnóstica y el tratamiento precoz[5].

Carmen María Botia-González[1],
Delia Luján-Martínez[2],
Ana Moreno-Pastor[2]

[1]*Servicio de Radiología, Hospital Morales Meseguer, Murcia, España.*
[2]*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España.*

deliamaria.lujan@gmail.com

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de las autoras, financiación y responsabilidades éticas: Las autoras 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.

Editor responsable: Xavier Jiménez Fàbrega.

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

Bibliografía

1 Gutiérrez Romero DF, Barrufet M, López-Rueda A, Burrel M. Ruptured intercostal artery pseudoaneurysm in a patient with blunt thoracic trauma: diagnosis and management. BMJ Case Rep. 2014;2014. pii: bcr2013202019.
2 Kapoor BS, Haddad HL, Saddekni S, Lockhart ME. Diagnosis and management of pseudoaneurysms: An update. Curr Probl Diagn Radiol. 2009;38:170-88.
3 Long SS, Johnson PT, Fishman EK. Intercostal artery pseudoaneurysm due to thoracentesis. J Comput Assist Tomogr. 2012;36:100-2.
4 Melloni G, Bandiera A, Crespi G, Zannini P. Intercostal artery pseudoaneurysm after computed tomography-guided percutaneous fine needle aspiration lung biopsy. J Thorac Imaging. 2012;27:W48-9.
5 Rodríguez M, González de la Huebra Labrador T, Aranda JL. Diagnóstico y tratamiento de un hemotórax causado por un seudoaneurisma de arteria intercostal. Arch Bronconeumol. 2016;52:219.

Anafilaxia a fluido seminal humano

Anaphylactic reaction to human seminal fluid

Sr. Editor:

La reacción alérgica al fluido seminal humano es una entidad rara que suele presentarse con sintomatología localizada y ocasionalmente sistémica. El inicio de los síntomas puede ser inmediato o retrasarse entre 1 y 15 h, y suele resolverse en 24 h, aunque puede durar más tiempo[1,2].

Mujer de 21 años que acudió al servicio de urgencias con disnea y exantema urticariforme generalizado mientras mantenía relaciones sexuales con su pareja habitual. En los antecedentes personales constaba que desde la infancia tenía alergia a ácaros sin sensibilización a epitelio de perro, rinitis y asma alérgica bronquial en tratamiento con budesonida/formoterol inhalado. Convivía con un perro. En la anamnesis relataba que la clínica se inició en la hora previa a acudir a urgencias, durante el coito sin preservativo y tras la eyaculación intravaginal. Refería un episodio previo 15 días antes, con exantema y prurito pero sin clínica respiratoria, también durante el coito. Aseguraba haber mantenido anteriormente relaciones sexuales con la misma pareja, sin síntomas similares. En la exploración física presentaba presión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 99 lpm, frecuencia respiratoria de 22 rpm y saturación basal de oxígeno del 90%. Se objetivó angioedema y tiraje intercostal y supraclavicular y auscultación con sibilancias generalizadas. Se inició tratamiento con broncodilatadores nebulizados, dexclorfeniramina y metilprednisolona intravenosas y oxigenoterapia, y fue dada de alta asintomática tras 24 h en observación. Al inicio no se administró adrenalina intramuscular por la dificultad para reconocer el cuadro como una anafilaxia y la mejoría progresiva tras el tratamiento administrado.

Este tipo de alergia al plasma seminal, que no a espermatozoides, parece ser el resultado de la exposición mantenida a proteínas de perro, por sensibilización cruzada entre la calicreína prostática (Can f5) de la orina y el epitelio del animal con las proteasas del semen relacionadas con el antígeno específico prostático humano[3]. El diagnóstico se fundamenta en la anamnesis dirigida ante la sospecha clínica: los antecedentes de alergia, el episodio actual y los previos similares. Para el diagnóstico de certeza está indicada la realización de una prueba de punción cutánea con plasma seminal humano completo o fraccionado. En el diagnóstico diferencial se tendrán en cuenta la vulvodinia, la candidiasis, la dispareunia, las reacciones alérgicas locales o sistémicas a lubricantes, espermicidas o preservativos y, en el caso de apari-

ción de clínica respiratoria, la broncoconstricción inducida por el ejercicio. El tratamiento es el propio de la anafilaxia, incluyendo adrenalina intramuscular, corticoides, antihistamínicos (anti-H1 y anti-H2), tratamiento broncodilatador y oxigenoterapia[4].

Una vez establecido el diagnóstico de presunción, desde urgencias debe aconsejarse el uso del preservativo para evitar la exposición al alérgeno, prescribir adrenalina autoinyectable y remitir al alergólogo para completar el estudio y plantear el tratamiento adecuado. Tras el diagnóstico de certeza, en caso de desear un embarazo, el tratamiento es la inmunoterapia subcutánea con plasma seminal humano[5].

Noelia Caamaño Trians,
José Manuel Alonso Otero,
Plácido Mayán Conesa,
Manuel Ferreiro Gómez

Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña, España.

noelia.caamano.trians@sergas.es

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto 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.

Editor responsable: Pere Llorens Soriano.

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

Bibliografía

1 Sublett JW, Bernstein JA. Seminal plasma hypersensitivity reactions: an updated review. Mt Sinai J Med. 2011;78:803-9.
2 Jover Cerdá V, Rodriguez Pacheco R, Doménech Witck J, Durán García R, García Teruel MJ, Santes García J, et al. Seminal plasma hypersensitivity: Clinical and histopathologic features in a multipara woman. J Allergy Clin Immunol Pract. 2017;5:1768-70.
3 Basagaña M, Bartolomé B, Pastor C, Torres F, Alonso R, Vivanco F, et al. Allergy to human seminal fluid: cross-reactivity with dog dander. J Allergy Clin Immunol. 2008;121:233-9.
4 Brown AFT. Manejo actual de la anafilaxia. Emergencias. 2009;21:213-23.
5 Park JW, Ko SH, Kim CW, Bae SW, Hong CS. Seminal plasma anaphylaxis: successful pregnancy after intravaginal desensitization and immunodetection of allergens. Allergy. 1999;54:990-3.

Comentario acerca de la precisión, seguridad y eficiencia de la ecografía realizada por *urgenciólogos* en el diagnóstico de la trombosis venosa profunda en servicios de urgencias hospitalarios

Comment on "Ultrasound imaging obtained by emergency department physicians to diagnose deep vein thrombosis: accuracy, safety, and efficiency"

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo publicado en EMERGENCIAS por Jiménez *et al.*, "Precisión, seguridad y eficiencia de la ecografía realizada por *urgenciólogos* en el diagnóstico de la trombosis venosa profunda en servicios de urgencias hospitalarios"[1]. Felicitamos a los autores y consideramos que más estudios como este son necesarios para incrementar la evidencia sobre la utilidad de la ecografía a pie de cama realizada por *urgenciólogos* en el diagnóstico de la trombosis venosa profunda (TVP).

Quisiéramos añadir algunos datos y puntualizaciones que creemos serán de gran interés para los lectores. Afirman Jiménez *et al.* que: "No se dispone de estudios españoles multicéntricos que hayan analizado la precisión de la ecografía realizada por *urgenciólogos*". Permítasenos recordar que hace 4 años (concretamente en 2015) nuestro Grupo de Trabajo de Ecografía de Urgencias (Hospital Universitario Ramón y Cajal) publicó el primer estudio multicéntrico (tanto español como mundial) comparando la concordancia diagnóstica de la ecografía a pie de cama realizada por *urgenciólogos* con la eco-doppler practicada por el médico especialista en el diagnóstico de la TVP en servicios de urgencia hospitalarios españoles[2,3]. En nuestro estudio, para evitar el sesgo que supone la diferente experiencia ecográfica del *urgenciólogo,* reclutamos 51 *urgenciólogos* de 7 hospitales de diversas provincias españolas; todos ellos eran noveles en cuanto al uso de la ecografía se refería, y se les impartió un curso teórico-práctico de 2 días (16 horas) de duración. Las conclusiones de Jiménez *et al.*[1] esencialmente coinciden con las nuestras: la precisión diagnóstica depende de la experiencia ecográfica del *urgenciólogo.* En nuestro estudio, reclutamos 328 pacientes (desde septiembre de 2013 hasta septiembre de 2014) con diagnóstico provisional de posible TVP. Las principales conclusiones de nuestro estudio muestran una concordancia diagnóstica del 89% entre la ecografía realizada por el *urgenciólogo* y la eco-doppler realizada por el médico especialista. Una disección más detallada de dichos resultados nos muestra que el 56% de los resultados no concordantes ocurrieron en las dos primeras ecografías, y el 83% ocurrieron en las cinco primeras ecografías practicadas por el *urgenciólogo*-ecografista. Si desecháramos las cinco primeras ecografías, la concordancia diagnóstica ascendería del 89 al 95%.

Aunque en el artículo de Jiménez *et al.*[1] se afirma que se han incluido "*urgenciólogos* con diferente experiencia y formación (ninguno de ellos residente)" y "*urgenciólogos* con experiencia en el uso de la ecografía a pie de cama como herramienta habitual", echamos mucho de menos una explicación un poco más detallada acerca de qué entienden por "experiencia" en el uso de la ecografía a pie de cama, referente a los 51 *urgenciólogos* participantes, que nos haga pensar si forman un grupo homogéneo de ecografistas.

Finalmente, podemos sospechar otra limitación adicional del estudio de Jiménez *et al.*[1]. Nos estamos refiriendo a que, verosímilmente, los ecógrafos de cada servicio de urgencias hospitalario participante serían de modelos, marcas y antigüedad dispares. Creemos que este hecho, en caso de confirmarse, podría añadir una nueva variable a las limitaciones del estudio, que si bien no sería decisiva, sí al menos digna de ser considerada.

José Roberto Penedo Alonso[1],
Mario Sánchez Pérez[1],
Domingo Ly-Pen[2]

[1]Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. Profesor de Ecografía de Urgencias, Universidad de Alcalá, Madrid, España. [2]Abbey House Medical Centre. Navan, Co. Meath, Ireland. Grupo de Docencia e Investigación del Servicio de Urgencias Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

domingoly@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto 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