



P-627 - NEUMOMEDIASTINO Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO SECUNDARIOS A HIPERÉMESIS GRAVÍDICA: LECCIONES DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Riquelme-Gaona, Jerónimo; Fernández Menor de Santos, Elena; Rojas de la Serna, Gabriela; Cuevas Toledano, Javier; Pinzón Rincón, Juan Carlos; Picazo Yeste, Joaquín; Moreno Sanz, Carlos

Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Resumen

Introducción: La hiperemesis gravídica consiste en un cuadro de náuseas y vómitos de repetición en la mujer gestante. De gravedad variable e incidencia mayor en el primer trimestre de embarazo, puede generar un estado de desnutrición y alteración hidroelectrolítica que puede poner en peligro la vida de la madre y el feto. En casos muy excepcionales puede asociarse a síndrome de Boerhaave y neumomediastino, lo que empeora más el pronóstico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 28 años sin antecedentes médicos de interés, primigesta en 9^a semana de gestación que había acudido en varias ocasiones a Urgencias por vómitos de repetición. Pocas horas tras el ingreso hospitalario y coincidiendo con un nuevo episodio comenzó con dolor abdominal epigástrico intenso con enfisema subcutáneo en progresión, inestabilidad hemodinámica y deterioro del nivel de conciencia que precisó intubación orotraqueal y sueroterapia intensiva. Se realizó tomografía computarizada urgente sin contraste oral, que mostró imagen de enfisema subcutáneo masivo acompañado de neumomediastino, mínimo neumotórax bilateral, neumorraquis y dudosa perforación a nivel de unión esofagogástrica. Dado el estado de gravedad de la paciente y la alta sospecha de síndrome de Boerhaave se decidió intervención urgente realizando laparotomía media. Durante la disección del esófago distal no se evidenció perforación, con test de estanqueidad con aire y azul de metileno negativos. El posoperatorio transcurrió sin incidencias, con drenaje con débito seroso escaso diario que fue retirado al quinto día y dada de alta al décimo día tras la intervención tras corrección de su estado nutricional y desaparición del enfisema subcutáneo.



Discusión: El neumomediastino primario espontáneo es provocado por la rotura de bullas pleurales debido a maniobras de Valsalva, como el vómito, tos o espiraciones forzadas en pacientes sin enfermedades pulmonares previas documentadas. El diagnóstico diferencial del dolor epigástrico de inicio brusco y de intensidad elevada en la paciente gestante con hiperémesis gravídica puede resultar complejo, al incluir entidades más frecuentes como el dolor muscular por el esfuerzo, pasando por la pancreatitis aguda, a entidades más inusuales como el síndrome de Boerhaave. Los hallazgos en la analítica pueden resultar inespecíficos o incluso manifestar alteraciones características del estado gestacional. La tríada de Mackler (vómito, dolor torácico y enfisema subcutáneo) es común tanto al neumomediastino espontáneo como al síndrome de Boerhaave, por lo que para el diagnóstico de certeza resulta esencial una prueba con contraste oral o a través de sonda naso u orogástrica, sea un esofagograma o bien una tomografía computarizada. En caso de no tener acceso a ello por inestabilidad hemodinámica de la paciente, el diagnóstico deberá establecerse por laparoscopia o laparotomía exploradora. El tratamiento del neumomediastino espontáneo es conservador y consiste en reposo, oxígeno y analgesia. En pocos días se reabsorbe completamente y no tiende a la recurrencia.