

Neumomediastino espontáneo que parece un síndrome de Boerhaave

Montserrat Blanco Ramos^a, Miguel Ángel Cañizares Carretero^a, Eva García Fontán^a, José Eduardo Rivo Vázquez^a, Nieves Cáceres Alvarado^b y Gonzalo de Castro Parga^b

^aServicio de Cirugía Torácica. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral-Cíes. Vigo. Pontevedra. España.

^bServicio de Cirugía General y Digestiva. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral-Cíes. Vigo. Pontevedra. España.

Resumen

El neumomediastino espontáneo es una entidad clínica benigna que suele manifestarse en varones jóvenes. Tanto sus manifestaciones clínicas como el mecanismo por el que se produce obligan a descartar otras afecciones de mayor gravedad que puedan requerir un tratamiento inmediato, como el síndrome de Boerhaave o la rotura esofágica espontánea. Aportamos el caso de un varón de 19 años de edad sin antecedentes significativos que presentó un enfisema mediastínico espontáneo tras un episodio de vómitos de repetición en el contexto de una ingesta etílica. Las exploraciones radiológicas practicadas ayudaron a descartar la afección esofágica.

Palabras clave: Enfisema mediastínico. Neuromediastino espontáneo. Síndrome de Boerhaave.

SPONTANEOUS PNEUMOMEDIASTINUM MIMICKING BOERHAAVE'S SYNDROME

Spontaneous pneumomediastinum is an uncommon benign disorder that usually occurs in young men. Because of its clinical features and physiopathologic mechanism, other, more serious disorders that could require urgent treatment, such as Boerhaave's syndrome or spontaneous esophageal rupture, must be ruled out. We report the case of a 19-year-old man with no relevant history, who presented mediastinal emphysema after an episode of repeated vomiting in the context of alcohol abuse. Imaging techniques help to assess esophageal involvement.

Key words: Mediastinal emphysema. Spontaneous pneumomediastinum. Boerhaave's syndrome.

Introducción

El neumomediastino espontáneo es una entidad poco frecuente, más habitual en pacientes varones jóvenes y con antecedentes de enfermedad asmática concomitante¹. Se produce por el aumento de presión en la vía aérea que causa una rotura alveolar con diseción del aire a lo largo de las vainas broncovasculares hacia el mediastino². Puede ocurrir en el contexto de una crisis asmática, tos incoercible, estornudo, traumatismos a glotis cerrada, etc. El vómito también puede ser una causa, aunque poco frecuente, de neumomediastino espontáneo³. El síndrome de Boerhaave es una entidad caracterizada por la rotura espontánea del esófago en relación con aumentos bruscos de la presión intraabdominal. La tríada clínica clásica consiste en vómitos, dolor torácico y

enfisema subcutáneo cervical. Sin embargo, raras veces esta tríada se manifiesta completa, y habitualmente el único síntoma es el dolor abdominal⁴. Presentamos un caso de neumomediastino espontáneo causado por un cuadro de vómitos de repetición que semejaba un síndrome de Boerhaave.

Caso clínico

Paciente varón de 19 años de edad que ingresó en nuestra institución por el servicio de urgencias presentando un cuadro de dolor epigástrico y odinofagia de aproximadamente 10 h de evolución, junto con vómitos de repetición sin contenido alimenticio, y sin fiebre acompañante. El enfermo refería ingesta enólica importante en las 12 h previas al episodio, sin otros antecedentes de interés. A la exploración física se apreciaba ligera crepitación subcutánea a nivel cervical y torácico, con discretos cambios en la fonación, sin otros hallazgos de importancia. La auscultación cardiopulmonar fue rigurosamente normal. El abdomen era blando y depresible, ligeramente doloroso a la palpación de forma difusa, pero sin signos de peritonismo y con peristaltismo conservado.

Una analítica demostró una leucocitosis importante (28.410 leucocitos/ l) con desviación a la izquierda (el 87% neutrófilos). El estudio de coagulación fue normal. La radiografía de tórax mostró un neumomediastino de magnitud moderada, sin neumotórax asociado. En la tomografía computarizada (TC) toracoabdominal se apreció dicho neumo-

Correspondencia: Dra. M. Blanco Ramos.
Servicio de Cirugía Torácica. Complexo Hospitalario Xeral-Cíes.
Pizarro, 22. 36204. Vigo. Pontevedra. España.
Correo electrónico: montsebr@usc.es

Manuscrito recibido el 25-5-2005 y aceptado el 3-11-2005.

mediastino, sin colecciones hidroaéreas ni signos de compresión vascular.

Ante la sospecha clínica de rotura esofágica espontánea (síndrome de Boerhaave) en relación con un cuadro de vómitos de repetición no productivos, se procedió al estudio esofagográfico (fig. 1) con contraste hidrosoluble, en el que no se demostró fuga de contraste a ningún nivel esofágico. Tras dicha exploración, se repitió la TC torácica en busca de colecciones que hubieran podido producirse tras la ingesta de contraste. En dicha TC se apreció un aumento del enfisema mediastínico, con disección de partes blandas a nivel de pared torácica y cuello, así como extrapleural (fig. 2).

Con el diagnóstico por exclusión de neumomediastino espontáneo, se ingresó al paciente en la unidad de reanimación de nuestro hospital, y se planteó una actitud expectante con cobertura antibiótica amplia (cloxacilina, metronidazol y gentamicina), así como protección gástrica y tromboembólica.

La evolución clínica del paciente fue satisfactoria. A las 48 h de seguimiento, el enfermo permanecía afebril, con un hemograma que demostró disminución de la leucocitosis hasta estar dentro de la normalidad (9.890/ l; el 63,5% neutrófilos). Los controles radiológicos practicados no demostraron afectación alguna. El paciente fue dado de alta a los 5 días del episodio.

Discusión

La presentación clínica más común del neumomediastino espontáneo es dolor torácico, disnea y disfagia en varones jóvenes. En el 80% de los casos se combina con enfisema subcutáneo a nivel cervicotráxico³. La odinofagia puede ser otro síntoma⁵. El mecanismo por el que se produce se basa en una elevación brusca de la presión en la vía aérea, fisiología que comparte con el neumotórax espontáneo, al que se asocia con alguna frecuencia. Las reacciones inflamatorias que se producen durante su génesis pueden motivar una leucocitosis con desviación a la izquierda, lo que obligaría a descartar una mediastinitis como causa del proceso².

Entre los agentes etiológicos del neumomediastino espontáneo^{1,6-8} (tabla 1), los vómitos de repetición han sido descritos como una causa poco frecuente. Por otra parte, el síndrome de Boerhaave se basa en la hipertensión a nivel endoesofágico producida por el vómito, mecanismo que a su vez podría justificar un neumomediastino espontáneo⁴.

El diagnóstico de una rotura esofágica espontánea ha sido realizado clásicamente mediante la práctica de un estudio esofagográfico con contraste hidrosoluble. La TC torácica mostrará enfisema a nivel del mediastino y/o el tejido subcutáneo, así como otros signos colaterales como la presencia extraluminal de contraste, derrame pleural o neumotórax asociados⁴. Para algunos autores, la TC torácica es la mejor técnica diagnóstica en el síndrome de Boerhaave⁹.

El diagnóstico diferencial del neumomediastino espontáneo incluye las entidades que pueden cursar con enfisema mediastínico. La coincidencia de dolor torácico, disfagia y leucocitosis y el antecedente de vómitos de repetición obligarán a descartar una rotura esofágica espontánea³. En este sentido, la esofagografía con contraste hidrosoluble ayudará a descartar una fistula esofago-pleural. La TC torácica aporta datos importantes en cuanto a un posible enfisema subcutáneo relacionado, derrame pleural, neumotórax, compresión de estructuras mediastínicas, etc.⁹. La disección extrapleural de los tejidos blandos de la pared torácica por el enfisema subcu-



Fig. 1. Esofagografía en la que no se aprecia fuga de contraste oral.

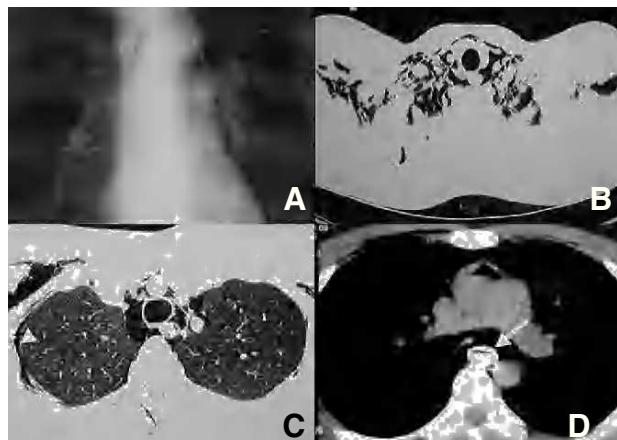


Fig. 2. A: radiografía simple de tórax posteroanterior; imagen de neumomediastino. B: tomografía computarizada (TC) torácica; enfisema mediastínico y subcutáneo. C: TC torácica; disección extrapleural en el hemitórax derecho (punta de flecha). D: TC torácica tras administración de contraste hidrosoluble en la que no se aprecia fuga de contraste esofágico (flecha).

táneo podría parecer un neumotórax, como ocurrió en nuestro caso (fig. 2). El diagnóstico de neumomediastino espontáneo se basa, por lo tanto, en la exclusión de otras causas de enfisema mediastínico³.

El tratamiento del neumomediastino espontáneo es básicamente conservador, con controles radiológicos periódicos que descarten la asociación de un neumotórax espontáneo. Algunos casos pueden requerir la vigilancia en una unidad de cuidados intensivos³. En los enfermos en que el índice de sospecha de rotura esofágica sea eleva-

TABLA 1. Factores etiológicos del neumomediastino espontáneo

Crisis asmática
Inhalación de drogas
Vómitos de repetición
Crisis tisúgenas
Maniobra de Valsalva
Trabajo de parto
Cáncer broncogénico de célula pequeña

do, dado el mecanismo por el que se produce, la prescripción de dieta absoluta y cobertura antibiótica serán recomendables. La resolución radiológica del cuadro se produce entre las 72 y las 96 h, con normalización analítica y clínica¹⁰.

En conclusión, el neumomediastino espontáneo en pacientes en que el mecanismo desencadenante sea los vómitos de repetición obliga al diagnóstico diferencial con una rotura esofágica espontánea. El diagnóstico precoz mediante técnicas de imagen es fundamental para la toma de decisiones en cuanto a la indicación urgente del cuadro en casos de síndrome de Boerhaave.

Bibliografía

- Koulias GJ, Korkolis DP, Wang XJ, Hammond GL. Current assessment and management of spontaneous pneumomediastinum: experience in 24 adult patients. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2004;25:852-5.
- Macklin CC. Transport of air along sheaths of pulmonic blood vessels from alveoli to mediastinum: clinical implications. *Arch Intern Med*. 1939;64:913-26.
- Miura H, Taira O, Hiraguri S, Ohtani K, Kato H. Clinical features of medical pneumomediastinum. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2003; 9:188-91.
- Grigorovici A, Burcoveanu C, Padureanu S, Moruzi M, Dragomir C. Spontaneous esophageal rupture in three patients. *Chirurgia*. 2005; 100:57-62.
- Blanquer L, Chiner E, Núñez C, Blanquer R, Muñoz J. Neumomediastino espontáneo del adulto. *Rev Clin Esp*. 1990;187:22-4.
- De la Cruz Morón I, Reyes Núñez N, Rojas Box JL. Neumomediastino espontáneo en un consumidor de cocaína. *Arch Bronconeumol*. 2000;36:231.
- Sutherland FW, Ho SY, Campanella C. Pneumomediastinum during spontaneous vaginal delivery. *Ann Thorac Surg*. 2002;73:314-5.
- Libeer C, Verbeken E, De Wever W, Vansteenkiste J, Nackaerts K. Mediastinal emphysema and small cell lung cancer (SCLC): a case-report. *Lung Cancer*. 2005;47:139-42.
- Ghanem N, Altehoefer C, Springer O, Furtwangler A, Kotter E, Schafer O, et al. Radiological findings in Boerhaave's syndrome. *Emerg Radiol*. 2003;10:8-13.
- Fibla JJ, Farina C, Gómez G. Neumomediastino espontáneo: dificultades en el diagnóstico. *Arch Bronconeumol*. 2002;38:499.