



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/633 - El secreto, la exploración física

L. López Puerta^a, B. Guerrero Barranco^b y J. Sandoval Codoni^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería.^b Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Roquetas de Mar. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 30 años que consulta en nuestra consulta de atención primaria por cuadro de 3 días de evolución de malestar general intenso, artromialgias, fiebre de hasta 38,5 °C que ha tratado con ibuprofeno. Desde hace 24 horas presenta dolor cervical anterior y odinofagia intensa, tos seca con expectoración mucosa escasa. Vómitos de alimento ayer. Dolor centrotorácico opresivo que aparece ayer, permanente, que aumenta en decúbito supino y con el esfuerzo, sin relación con la respiración. Sin alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 10 cigarrillos/día, bebedor de unos 40 g de alcohol. Sin antecedentes personales de interés, no intervenciones quirúrgicas, ni tratamiento habitual. Niega hábitos tóxicos. Trabaja en una empresa metalúrgica, expuesto al sol y realiza ejercicio intenso. Casado.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. TA: 130/82. FC: 113 Sat O2: 98%. Buen estado general. Colaborador y orientado. Bien hidratado, normoperfundido, inquieto. Otorrinolaringológica: Voz gangosa. Faringe roja sin placas de pus, eje visceral del cuello bien centrado, enfisema subcutáneo a nivel de todo el cuello y hasta huecos supraclaviculares. AC: tonos rítmicos sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos, ventila bien en todos los campos. Abdomen: Blando depresible sin masas ni megalías, no timpanizado, no doloroso a la palpación, no signos de peritonismo. RHC. MMII: sin edemas ni signos de TVP. Pruebas analíticas recientes de día previo: HEM: normal. INR: 1,1. BQ: normal. PCR: 1,53 mg/dL, creatinina: 5,76 mg/Dl, mioglobina 869,6 ng/mL, creatina kinasa: 1.734 UI/L. Sistemático orina: uratos amorfos. Radiografía de tórax: neumomediastino de escasa cuantía que no ha aumentado, no neumotórax, en la evolución mejoran los niveles de glucemia. Se deriva al Hospital para completar estudio, allí se solicita TAC de cuello y tórax sin contraste en el que se visualiza enfisema subcutáneo bilateral visible en todos los compartimentos del cuello. No se observa neumoencéfalo. No se observan fracturas ni lesiones en ambas mastoides. Neumomediastino. No visualizamos neumotórax en estudio actual. La vía aérea es normal, así como la ramificación bronquial. No alteraciones esofágicas. Los parénquimas pulmonares son completamente normales. Resumen: enfisema subcutáneo, neumomediastino. Valorado por Cirugía quien solicita ecografía esofágica con contraste baritado: el esofagograma descarta perforación esofágica.

Juicio clínico: Enfisema subcutáneo, neumomediastino.

Diagnóstico diferencial: Perforación esofágica, traumatismo torácico y fractura de costilla.

Comentario final: La importancia de la evaluación clínica en la consulta de atención primaria y la observación de signos clínicos son en la mayoría de los casos concluyentes y orientativos hacia un diagnóstico exacto y rápido que permita una mejor valoración de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Panacek EA, Siger AJ, Sherman BW, Prescott A, Rutherford WF. Spontaneous pneumomediastinum: clinical and natural history. Ann Emerg Med. 1992;21:1222-7.
2. Hernández MJ, Burillo G, Alonso JE, Casañas JM. ¿Cambios en la forma de presentación del neumomediastino espontáneo. Emergencias. 1998;10:9-13.
3. Santiago IJ, Martínez-Bayarri M. Neumomediastino espontáneo. Análisis de 16 casos. Emergencias. 2000;12:321-5.