

347/2120 - CRISIS ASMÁTICA CON FINAL INESPERADO

S. López García^a, J. Vizán Caravaca^b, M. López Salas^c y L. Martín Ripoll^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada. ^bMédico Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Granada-La Chana. ^dFEA Neumología. Hospital Básico General Santa Ana. Motril. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 15 años con antecedente de celiaquía y asma persistente leve parcialmente controlada. Realiza dieta exenta de gluten a diario y tratamiento habitual con budesonida/formoterol 160/4,5 ?g/día. Acudió a Urgencias derivada por su médico de Atención Primaria por crisis leve-moderada de asma. Refería accesos tusígenos sin expectoración, disnea y autoescucha de sibilancias. Asociaba además dolor opresivo en región cervical y dolor torácico de carácter respirofásico.

Exploración y pruebas complementarias: Estado general conservado, taquipnea superficial en reposo sin trabajo respiratorio. Saturación del 95% sin aporte exógeno. Murmullo vesicular conservado con sibilancias diseminadas por ambos campos pulmonares. Abdomen y miembros inferiores sin alteraciones. Llamaba la atención crepitación subcutánea a nivel de región cervical y hemitórax superior, como “pisadas en la nieve”. Dada la clínica y los hallazgos en la exploración, se solicitaron pruebas diagnósticas elementales (analítica y gasometría arterial) que fueron normales. En radiografía de tórax se objetivó presencia de aire en planos subcutáneos de región cérvico-torácica, sin alteraciones en parénquima pulmonar. Posteriormente, se solicitó TAC cervico-torácico donde se objetivó neumomediastino que disecaba estructuras vasculares, vía aérea central y esófago, extendiéndose superiormente hacia tejido subcutáneo, planos intermusculares del cuello, fosas supraclaviculares, tiroides, mamas y paquetes vasculares latero-cervicales. Finalmente, la paciente fue ingresada en Neumología hasta resolución del cuadro, precisando únicamente oxigenoterapia, reposo y analgesia, con una evolución muy favorable y siendo finalmente alta a domicilio con seguimiento por su médico de atención primaria.

Orientación diagnóstica: Neumomediastino espontáneo.

Diagnóstico diferencial: Debe realizarse con otras causas de dolor torácico que además agregan enfisema subcutáneo como el neumotórax espontáneo y la perforación esofágica espontánea (síndrome de Boerhaave).

Comentario final: El neumomediastino espontáneo supone un desafío diagnóstico para el médico de urgencias. Afecta principalmente a adultos jóvenes y entre sus factores desencadenantes destacan accesos tusígenos, crisis asmáticas, vómitos, maniobras de Valsalva, inhalación de drogas ilícitas... Su confirmación se realiza mediante imágenes y la evolución clínica es, generalmente, benigna. Su tratamiento a priori es sintomático y su seguimiento puede realizarse por el médico de atención primaria.

Bibliografía

1. Navarro-Aguilar ME, Navarro-Calzada J, Torres-Courchoud I, et al. Pneumomediastinum: When asthma exacerbation does not improve. SEMERGEN. 2018;44(3):218-20.

Palabras clave: Enfisema subcutáneo. Neumomediastino.