

Neumomediastino, a propósito de un caso

C. Moreno Castellón^a, N. Torra Solé^a y M.A. Sulé Salvadó^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Básica de Salud Balafía-Pardinyes. Lleida. España.

^bTutora de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Básica de Salud Balafía-Pardinyes. Lleida. España.

El neumomediastino es un cuadro clínico en el que se difunde aire a través del intersticio pulmonar, el mediastino e incluso el cuello; puede ser primario o secundario. Presenta una incidencia de un caso cada 7.000-12.000 pacientes que acuden a un servicio de Urgencias, y es más frecuente en varones (8/1) entre la segunda y la tercera décadas de la vida.

El dolor torácico es el síntoma más frecuente, pudiéndose asociar a disnea, enfisema subcutáneo cervical, odinofagia o alteraciones de la voz. Se diagnostica mediante la radiografía de tórax, y sólo en casos donde la cantidad de aire es mínima es necesaria la realización de una tomografía axial computarizada para realizar el diagnóstico de confirmación. En lo que se refiere al tratamiento, este se basa en el reposo, la oxigenoterapia y la analgesia, siendo necesario el ingreso hospitalario sólo en caso de patología de base o criterios clínicos que así lo aconsejen.

Palabras clave: enfisema mediastínico, enfisema subcutáneo, tos, odinofagia.

Pneumomediastinum is a clinical picture in which air is diffused through the pulmonary interstitium, mediastinum and even the neck, and it can be primary or secondary. It presents an incidence of one case for every 7,000-12,000 patients who come to the Emergency Department, and is more frequent in men (8/1) in the second and third decades of life.

Chest pain is the most frequent symptom, and can be associated with dyspnea, subcutaneous cervical emphysema, odinophagia or voice alterations. It is diagnosed by chest x-ray, and computed tomography scan is only necessary for confirmation diagnosis when the amount of air is minimal. In regards to treatment, this is based on rest, oxygen therapy and analgesics, hospitalization only being necessary in the case of baseline disease or critical criteria that make it advisable.

Key words: mediastinic emphysema, subcutaneous emphysema, cough, odinophagia.

Presentamos el caso de un paciente de 18 años que acude a la consulta por presentar cambio en el tono de voz de 24 horas de evolución, que se acompaña de odinofagia, hinchazón del cuello y sensación disneica que solo se manifiesta cuando el paciente está en decúbito. El paciente refiere que el cuadro se inició después de un acceso de tos.

Se trata de un paciente sin alergias medicamentosas conocidas y sin ningún antecedente personal de interés. No refiere hábitos tóxicos. En la exploración hallamos auscultación cardíaca rítmica sin soplos, auscultación respiratoria con murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Dolor torácico retroesternal leve, que empeora con los movimientos respiratorios. Enfisema subcutáneo cervical y supraclavicular bilateral. En la pulsioximetría basal se mostraba una saturación de oxígeno del 97%, con frecuencia cardíaca de 95 lpm.

Se realiza radiografía de tórax, en la que se observa mínima presencia de aire alrededor de la silueta cardíaca y las demás estructuras mediastínicas (neumomediastino). Se observa también aire en la región cervical (figs. 1 y 2).

El neumomediastino es un cuadro clínico que presenta aire libre en el mediastino y que fue descrito por Laennec a comienzos del siglo XIX y posteriormente por Hamman en 1939. Fue Macklin quien describió su fisiopatología en 1944, que se explicaría por la ruptura de los alvéolos pulmonares como consecuencia de la hipertensión alveolar, siendo esta secundaria tanto al aumento de la presión intratorácica como a la reducción de la presión pulmonar intersticial. El aire se difunde a través del intersticio pulmonar y la vaina peribroncovascular hacia el hilio pulmonar, el mediastino, e incluso el cuello, hasta donde llega después de disecar la fascia cervical profunda. Esta acumulación de aire puede ser primaria (espontánea) o secundaria (traumática). Dentro de los neumomediastinos espontáneos, en un 75% de los casos encontramos una

Correspondencia: C. Moreno Castellón.
C/ Xanxo, 23.
25110 Alpicat. Lleida. España.
Correo electrónico: karolmc23@hotmail.com

Recibido el 28-01-08; aceptado para su publicación el 23-04-08.



Figura 1. Radiografía de tórax en la que se observa despegamiento de la pleura mediastínica sobre la silueta cardíaca y su pedículo.



Figura 2. Radiografía de tórax en espiración forzada: descarta la presencia de neumotórax. A nivel cervical se observa enfisema subcutáneo.

causa desencadenante (consumo de drogas como la cocaína, la heroína, el éxtasis o el cannabis, el asma bronquial, los accesos de tos, las maniobras de Valsalva, la cetoacidosis, los vómitos repetidos, la disminución de la presión atmosférica, los esfuerzos durante el parto, las respiraciones forzadas y las actividades físicas que requieren esfuerzo intenso y mantenido).

El neumomediastino presenta una incidencia de un caso por cada 7.000-12.000 pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias; de estos, se considera que aproximadamente entre un 25-30% son espontáneos. Existe una relación de 8 a 1 a favor de los varones, y es más frecuente su aparición entre la segunda y la tercera décadas de la vida.

Clínicamente el síntoma más frecuente es el dolor torácico con o sin irradiación a los brazos, que en las formas leves se ve acentuado con los movimientos respiratorios, la tos o la deglución. Este dolor torácico puede acompañarse de disnea. También es frecuente la presencia de enfisema subcutáneo cervical, odinofagia o cambios en el tono de voz. El signo de Hamman, crepitación a la auscultación en el área esternal, sincrónica con el latido cardíaco y variable con los ciclos respiratorios y la posición del paciente (se ausculta mejor con el paciente en decúbito lateral izquierdo), es característico de esta patología, pero no patognomónico. En algunas ocasiones es posible hallar un pulso paradójico (se trata de un descenso de la presión sistólica mayor a 10 mmHg con la inspiración), que se debe al aumento de la presión mediastínica por el neumomediastino, lo que dificulta el llenado ventricular durante la inspiración, produciéndose un compromiso en el rendimiento cardíaco.

El diagnóstico de confirmación se realiza mediante la radiografía de tórax, donde se observa un despegamiento de la pleura mediastínica sobre la silueta cardíaca y su pedículo, siendo característico el signo de la V de Naclerio (presencia de aire entre el hemidiafragma izquierdo y la aorta descendente). Hay casos en los que estos hallazgos coexistirán con la presencia de enfisema subcutáneo cervical y/o torácico y neumotórax. En la mayoría de casos, la radiografía de tórax es suficiente para establecer el diagnóstico, aunque se han descrito casos de pacientes con radiografía aparentemente normal donde el diagnóstico lo ha establecido la tomografía axial computarizada (TAC); en estos casos la cuantía de aire en el mediastino era mínima. El estudio mediante TAC en pacientes con neumomediastino ayuda a localizar la etiología causal y a ver la extensión del proceso.

El tratamiento es sintomático; se basa en el reposo, la oxigenoterapia y la analgesia. La evolución generalmente es benigna y autolimitada. Los ingresos vienen determinados por la existencia de una causa subyacente o por criterios clínicos. En nuestro caso el paciente se remitió a domicilio para observación, y fue derivado a la consulta de Neumología para control.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Campillo-Soto A, Coll-Salinas A, Soria-Aledo V, Blanco-Barrio A, Flores-Pastor B, Candel-Arenas M, et al. Neumomediastino espontáneo: estudio descriptivo de nuestra experiencia basada en 36 casos. *Arch Bronconeumol*. 2005;41: 528-31.
- Macías Robles MD, García Peliz M, González Franco A, Maniega Cañibano M, García Bear I, García Fernández MT. Neumomediastino espontáneo en urgencias. *Emergencias*. 1999;11:438-41.
- Marín Garrido C, Garzón Calles JA, Naya Gálvez MJ, Esteban Revenga JM, López García C. Neumomediastino y enfisema cervical espontáneos con alteración de la voz. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2003; 54:151-6.
- Ruiz-Ruiz FJ, Sampériz A, Rubio T, Escolar F. Spontaneous pneumomediastinum. *Anales Sis San Navarra*. 2006;29:275-8.
- Santiago Aguinaga JJ, Martínez-Bayarri Ubillos M. Neumomediastino espontáneo. Análisis de 16 casos. *Emergencias*. 2000;12:321-5.