

CARTAS AL DIRECTOR

Neumomediastino espontáneo primario

Primary spontaneous pneumomediastinum

Sr. Director:

El neumomediastino se define como la presencia de aire u otro gas en el mediastino¹. También se denomina enfisema mediastínico o síndrome de Hamman, siendo descrito por primera vez por Louis Hamman en 1939².

El neumomediastino puede ser espontáneo (NME) o traumático. Algunos autores distinguen entre NME primario, si no hay ninguna enfermedad pulmonar subyacente que lo predisponga, y NME secundario, cuando existe alguna enfermedad pulmonar, como el asma o la fibrosis quística.

Presentamos el caso de un varón de 27 años que acude de urgencias al centro de salud por dolor torácico de aparición brusca de 3 h de evolución, no irradiado, sin cortejo vegetativo asociado. No presentó disnea ni ninguna otra sintomatología acompañante. La exploración física no

reveló datos de interés. La saturación de oxígeno fue 98%, temperatura 36 °C y la tensión arterial de 130/80 mmHg. La radiografía de tórax mostraba una imagen compatible con la existencia de aire en el mediastino (fig. 1). Al no existir causa traumática ni enfermedad subyacente se diagnostica al paciente de neumomediastino espontáneo primario. El paciente fue remitido al hospital de referencia donde, tras 5 días en observación, fue dado de alta.

El neumomediastino espontáneo se trata de una entidad poco frecuente que afecta sobre todo a pacientes varones jóvenes, de hábito predominantemente alto y delgado³. En la mayoría de series, el desencadenante más común son las exacerbaciones agudas de asma, representando aproximadamente un tercio de los casos⁴. Otras causas pueden ser la maniobra de Valsalva, vómitos, las infecciones respiratorias, la cetoacidosis diabética, la rotura del esófago, la inhalación de cuerpo extraño, la extracción dental, el barotrauma o la inhalación de gas helio de globos de fiesta, práctica esta bastante extendida entre la población juvenil⁴.

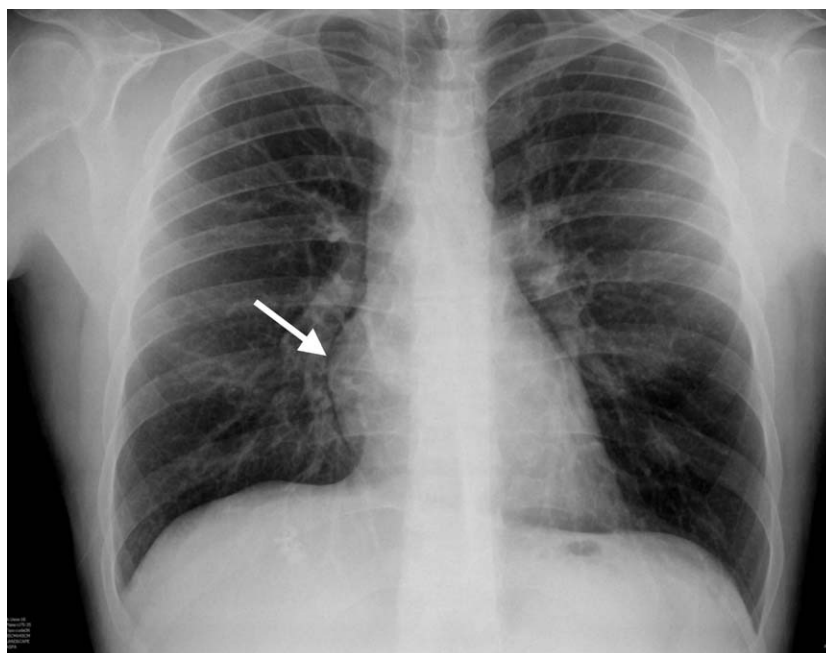


Figura 1 Línea radiotransparente en el borde cardíaco izquierdo, compatible con la existencia de aire en el mediastino.

La clínica se caracteriza por un cuadro de aparición brusca de dolor torácico retroesternal de naturaleza pleurítica y disnea⁵. Algunos pacientes presentan disfagia, dolor o inflamación del cuello, torticollis, disfonía o dolor abdominal⁶.

El examen físico es normal hasta en un 30% de los pacientes con NME no complicado. El enfisema subcutáneo, que se detecta generalmente en el cuello o la zona precordial, es poco sensible y muy específico para NME. El signo de Hamman, que es una crepitación en sincronía con el latido del corazón, se escucha en región precordial y, en muchas ocasiones, asociada con amortiguación de los ruidos cardiacos. La distensión de las venas del cuello puede verse en NME si el aire escapado afecta al retorno venoso (neumomediastino tensión)⁷.

Los pacientes con sospecha de NME deben ser evaluados con radiografías de tórax frontal y lateral, que debe incluir la región cervical. La tomografía computarizada (TC) es más sensible que la radiografía simple de tórax en la detección de NME, pero muchos de los NME que sólo se detecta por TC son pequeños y clínicamente no significativos, por lo que el TC debe reservarse para la sospecha de enfermedad pulmonar subyacente⁸.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con la pericarditis y con la perforación del esófago.

El tratamiento del NME no complicado es conservador con analgesia, descanso y evitando las maniobras que aumentan la presión pulmonar (Valsalva o espiración forzada, incluida la espirometría)⁹. El NME masivo puede complicarse produciendo un neumomediastino a tensión. En este caso, puede realizarse mediastinotomía limitada.

Bibliografía

1. Versteegh FG, Broeders IA. Spontaneous pneumomediastinum in children. *Eur J Pediatr*. 1991;150:304–7.
2. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. *Bull Johns Hopkins Hosp*. 1939;64:1–21.
3. Abolnik I, Lossos IS, Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum. A report of 25 cases. *Chest*. 1991;100:93–5.
4. Zaia BE, Wheeler S. Pneumomediastinum after inhalation of helium gas from party balloons. *J Emerg Med*. 2010;38:155–8.
5. Stack AM, Caputo GL. Pneumomediastinum in childhood asthma. *Pediatr Emerg Care*. 1996;12:98–101.
6. Chalumeau M, Le Clainche L, Sayeg N, Sannier N, Michel JL, Marianowski R, et al. Spontaneous pneumomediastinum in children. *Pediatr Pulmonol*. 2001;31:67–75.
7. Newcomb AE, Clarke CP. Spontaneous pneumomediastinum: a benign curiosity or a significant problem? *Chest*. 2005;128:3298–302.
8. Esayag Y, Furer V, Izbicki G. Spontaneous pneumomediastinum: is a chest x-ray enough? A single-center case series. *Isr Med Assoc J*. 2008;10:575–8.
9. Macia I, Moya J, Ramos R, Morera R, Escobar I, Saumench J, et al. Spontaneous pneumomediastinum: 41 cases. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2007;31:1110–4.

J. Gallego-Galiana* y A. Luis Aguilar-Shea

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Espronceda, Área 7 de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juangallegogaliana@gmail.com (J. Gallego-Galiana).

doi:10.1016/j.semerg.2010.10.003

Atención primaria y declaración de enfermedades profesionales en España

Primary Care and declaration of professional illnesses in Spain

Sr. Director:

Hemos leído con interés el trabajo “¿Qué esconde un síntoma o signo raro en un paciente en proceso de incapacidad laboral?”, publicado en su revista¹, y queremos felicitar a los autores por la acertada utilización del caso clínico para llamar la atención sobre el papel del médico de atención primaria en el diagnóstico de las enfermedades profesionales, y por la inclusión, en el texto, del procedimiento administrativo puesto en marcha para la protección social del paciente, pues se trata de un magnífico ejemplo en el que intervienen los principales agentes con competencias en la gestión de las prestaciones de la Seguridad Social destinadas a la protección de la incapacidad laboral: médicos asistenciales del Sistema Nacional de Salud, la inspección médica del Servicio Público de Salud (referida, en el texto, con el nombre de Unidad Médica de Valoración

de Incapacidades, pues en Andalucía sigue manteniéndose esa denominación), las Unidades Médicas de los Equipos de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social, y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Nos parece una muy oportuna llamada de atención sobre el papel que la atención primaria debe desempeñar en este ámbito, en un momento en que resulta procedente y necesario concienciar a profesionales e instituciones de su importancia.

No obstante, queremos hacer dos observaciones que creemos de interés.

La primera de ellas es de índole puramente formal: el Real Decreto por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro es el Real Decreto 1299/2006², y no el 99/2006 como se indica en el artículo. Podría pensarse que se trata de un error de transcripción, pero la referencia se repite varias veces a lo largo del texto (incluyendo la cita en la sección de bibliografía), y en ninguna ocasión, por el contrario, se presenta la numeración adecuada. Esta errata puede dificultar el acceso al documento por parte del lector interesado, por lo que consideramos importante proporcionar la referencia correcta.