

morfología y un tamaño de apariencia normal. En la ecografía de las mamas se describieron dos quistes simples en hora 8 en la derecha y en hora 3 en la izquierda (BIRADS 2), mientras que en la ecografía ginecológica se identificaron dos miomas intramurales como hallazgos positivos. Mediante los estudios ecográficos se descartó el compromiso ovárico y mamario (posiblemente presente en un síndrome paraneoplásico). La paciente refirió debilidad muscular proximal simétrica en los miembros y alteraciones cutáneas, con una evolución de 20 años. Al momento de la sospecha clínica, su médico reumatólogo le había indicado pruebas diagnósticas complementarias: la electromiografía constató miopatía inflamatoria y el laboratorio reveló una elevación de enzimas musculares.

En el examen físico se constató un eritema de párpados y de zona periorbitaria (eritema en heliotropo) e hiperqueratosis en los dedos de la mano (mano de mecánico). La paciente mencionó tratamiento con azatioprina, metotrexato y prednisona, por lo que los hallazgos mamográficos se interpretaron en relación con una calcinosis mamaria.

En el cribado mamográfico es importante conocer que las enfermedades del colágeno pueden afectar la glándula mamaria, como en nuestro caso que la dermatomiositis se mostró en forma de calcificaciones distróficas⁵. Los factores de riesgo que incrementan la aparición de calcinosis incluyen un diagnóstico a temprana edad o el retraso en el diagnóstico y tratamiento.

La bilateralidad y la simetría de las calcificaciones, el diagnóstico y el tratamiento oportuno, más la ecografía mamaria y ginecológica con hallazgos benignos, nos permiten clasificar las calcificaciones mamarias como distróficas de aspecto benigno (BIRADS 2).

Saluda a Ud. con distinguida consideración, la autora

Confidencialidad de los datos

La autora declara que ha seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes

y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Conflicto de intereses

La autora del trabajo declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. López M, Martínez V, Ramos Garibay A, Arias Godínez AC, Champet Lima AM. Dermatomiositis clásica. Presentación de dos casos clínicos. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2006;15:209–16.
2. Bielsa Marsol I. Dermatomiositis. *Reumatol Clin*. 2009;5:216–22.
3. Namas R, Beydoun N, Meysami A. Breast calcinosis in a patient with dermatomyositis. *Eur J Rheumatol*. 2016, <http://dx.doi.org/10.5152/eurjrheum.2016.15080>. Disponible en: <http://www.eurjrheumatol.org/sayilar/195/buyuk/6-Breast.pdf> (Accedido Oct, 2016).
4. Feder JM, de Paredes ES, Hogge JP, Wilken JJ. Unusual breast lesions: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1999;19:11–26.
5. Cao MM, Hoyt AC, Bassett LW. Mammographic signs of systemic disease. *Radiographics*. 2011;31:1085–100.

I.M. Sarachi

Centro Diagnóstico Mon, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Correos electrónicos: ivelis_ms@hotmail.com, ivelis.sarachi@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2016.10.009>
0048-7619/

© 2016 Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Neumomediastino y enfisema subcutáneo espontáneo posparto con neumotórax asociado



Spontaneous pneumomediastinum and subcutaneous emphysema postpartum associated with pneumothorax

Estimada Editora:

El neumomediastino se caracteriza por presentar aire libre en el mediastino y, según su etiología, se clasifica en espontáneo (NE), cuando no existe causa precipitante evidente, o secundario, si se relaciona con antecedentes de trauma torácico o de procedimientos quirúrgicos o endoscópicos^{1,2}.

El desarrollo de neumomediastino durante el parto es un hecho infrecuente durante la práctica diaria. En nuestro caso, luego del diagnóstico, la paciente no requirió mayores intervenciones para la resolución de su patología, pero desconocer esta asociación infrecuente puede derivar en tratamientos innecesarios.

Describimos el caso de una paciente de 18 años de edad, que ingresó al servicio de Obstetricia de nuestro hospital con trabajo de parto de su primer embarazo (no suficientemente controlado). El parto vía vaginal requirió maniobras de Kristeller, consistentes en ejercer presión sobre el fondo uterino en el momento de la contracción. El recién nacido mostró un APGAR 7/10 y pesó 3620 gramos. El alumbramiento fue espontáneo y completo. La paciente presentó un hematoma vulvar, que fue drenado en el momento. Durante este procedimiento refirió dolor torácico y dificultad respiratoria. Al examen físico evidenció crepitación en el hemitórax superior izquierdo y la región laterocervical izquierda. La

gasometría reveló una saturación de oxígeno de 95% aire ambiente.

Dadas las maniobras obstétricas empleadas, se realizó diagnóstico presuntivo de fractura costal y se solicitó una radiografía (Rx) de la parrilla costal. Esta se llevó a cabo con un equipo portátil, pero resultó de mala calidad e insuficiente. Debido a la necesidad de arribar rápido al diagnóstico etiológico del enfisema subcutáneo, el servicio de Cirugía General indicó una tomografía computada (TC) de cuello y tórax, donde se visualizó neumomediastino y enfisema subcutáneo asociado a neumotórax bilateral, sin evidencia de lesiones costales (fig. 1).

Con la finalidad de descartar rotura esofágica se llevó a cabo un tránsito esofágico con contraste yodado, reconociéndose buen pasaje de la sustancia de contraste sin fugas. Dado el buen estado general de la paciente, y luego de excluir otras etiologías, se arribó al diagnóstico definitivo de neumomediastino y enfisema subcutáneo espontáneo posparto asociado a neumotórax bilateral. Se instauró tratamiento higiénico, dietético, sintomático, y observación. La paciente evolucionó favorablemente y recibió el alta médica a los cuatro días de su internación.

El NE es más frecuente en los hombres entre la 2.^a y la 4.^a década de la vida, y por lo general es de curso benigno³. Sus principales manifestaciones clínicas son dolor torácico, disnea y enfisema subcutáneo en el tórax, el cuello o la cara². Como factores desencadenantes se han descrito situaciones que incrementan la presión endopulmonar, como ataques de tos, crisis asmáticas, vómitos, maniobras de Valsalva durante el trabajo de parto o la defecación. También se ha constatado tras la inhalación de cocaína⁴.

El NE se produce cuando el aumento de la presión alveolar provoca la ruptura de los alvéolos terminales, con la salida subsecuente del aire al intersticio pulmonar, que migra a través de los hilios pulmonares hacia el mediastino y posteriormente al tejido celular subcutáneo, un fenómeno

conocido como efecto Macklin^{3,5}. Cuando el NE está asociado con enfisema subcutáneo, se denomina "síndrome de Hamman" (por Louis Hamman que describió la entidad en 1939 en una mujer después del parto)⁵.

La frecuencia del NE durante el trabajo de parto se estima en un caso por cada 100.000 y ocurre habitualmente en jóvenes primíparas con fetos macrosómicos^{4,6}. Típicamente sucede durante la fase latente del parto, cuando esta se prolonga, aunque también puede producirse en partos eutócicos⁴. Su origen se relaciona con las maniobras de Valsalva intensas y sostenidas durante esta etapa. El diagnóstico suele establecerse durante el posparto inmediato, pero es posible identificarlo también en la fase prenatal, vinculado con hiperémesis^{2,5,7}.

La Rx de tórax generalmente es suficiente para detectar el neumomediastino y el enfisema subcutáneo^{2,4-7}. Los signos que se evidencian radiológicamente se deben a la presencia de aire rodeando y separando estructuras mediastínicas y de la pared torácica⁴. Tal es el caso de los signos típicos, como el diafragma continuo, la doble pared bronquial o la hoja de Ginkgo^{8,9}. El aire puede propagarse a través de los planos fasciales a la pared torácica y el abdomen, la cabeza, el cuello y las extremidades⁹. La TC de tórax ha demostrado ser superior a la Rx, tanto en el diagnóstico, localización y extensión, como en el diagnóstico diferencial^{4,5}.

La evolución clínica habitual del NE es benigna y de resolución espontánea^{2,5}. Raramente puede amenazar la vida a causa de un taponamiento cardíaco. Es necesario distinguir el cuadro clínico de la rotura esofágica mediante esofagograma o endoscopia, ya que comúnmente la entidad se precipita por los mismos factores y presenta elevada mortalidad^{5,10}.

El tratamiento del NE es conservador y requiere medidas de sostén, como analgesia, oxígeno suplementario y observación intrahospitalaria^{3,6,10}.

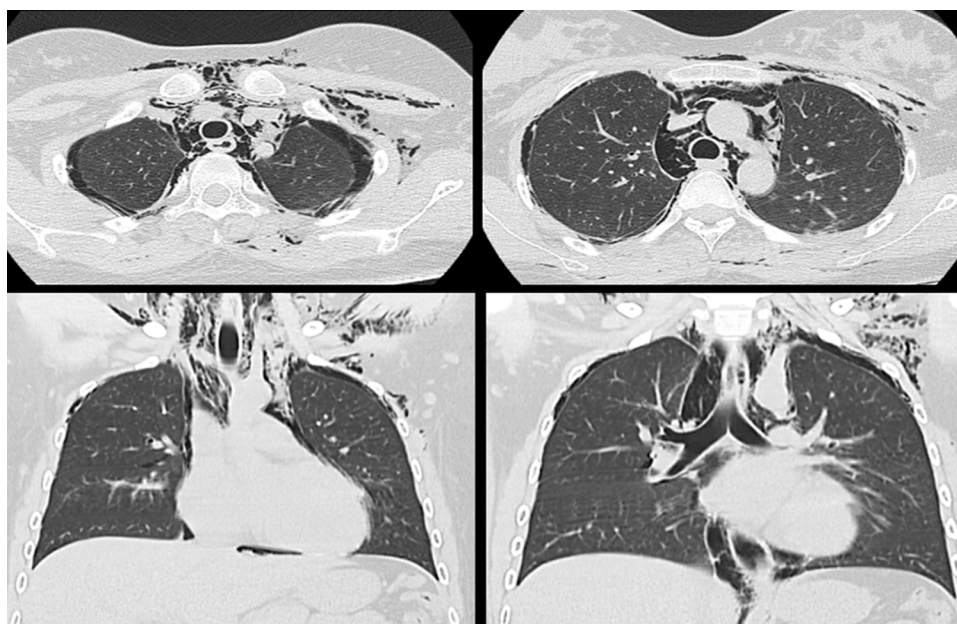


Figura 1 Tomografía computada de tórax en ventana para pulmón muestra burbujas aéreas en el tejido celular subcutáneo, aire en mediastino separando las estructuras anatómicas y neumotórax bilateral.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Conflicto de intereses

Los autores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Campillo Soto A, Coll Salinas A, Soria Aledo V, Blanco Barrio A, Flores Pastor B, Candel Arenas M, Aguayo-Albasini JL. Neumomediastino espontáneo: estudio descriptivo de nuestra experiencia basada en 36 casos. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:528–31.
2. López-Hernández JC, Bedolla-Barajas M. Neumomediastino y enfisema subcutáneo espontáneos postparto. *Ginecol Obstet Mex*. 2015;83:116–9.
3. Meireles J, Neves S, Castro A, França M. Spontaneous pneumomediastinum revisited. *Respiratory Medicine CME*. 2011;4:181–3.
4. Álvarez C, Jadue A, Rojas F, Cerda C, Ramírez M, Cornejo C. Neumomediastino espontáneo (síndrome de Hamman): una enfermedad benigna mal diagnosticada. *Rev Med Chile*. 2009;137:1045–50.
5. Khurram D, Patel B, Farra MW. Hamman's syndrome: a rare cause of chest pain in a postpartum patient. *Case Rep Pulmonol*. 2015;2015:201051.
6. Varela JA, Penide L, Abad A, Benito J, Navia J. Neumomediastino y enfisema subcutáneo extenso tras parto eutócico. *Rev Esp Anestesiología Reanim*. 2008;55:637–9.
7. Bonin MM. Hamman's syndrome (spontaneous pneumomediastinum) in a parturient: a case report. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005;28:128–31.
8. Zylak CM, Standen JR, Barnes GR, Zylak CJ. Pneumomediastinum revisited. *Radiographics*. 2000;20:1043–57.
9. Ho M, Gutiérrez F. Chest radiography in thoracic polytrauma. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;192:599–612.
10. Revicky V, Simpson P, Fraser D. Postpartum pneumomediastinum: an uncommon cause for chest pain. *Obstet Gynecol Int*. 2010;2010:956142.

J.M. Ross*, B. Carloni, M.R. Álvarez,
C.D. Díaz Cavieres Rizzo, M.P. Seguí y P.S. Sauré

*Servicio de Diagnóstico por imágenes, HIGA San Martín,
La Plata, Argentina*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanamross@gmail.com (J.M. Ross).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2016.11.006>
0048-7619/

© 2016 Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).