

Carta al Director

Neumomediastino. ¿Una complicación frecuente en la cetoacidosis diabética?

Sr Director:

En relación con el caso clínico “Neumomediastino espontáneo como complicación de la cetoacidosis diabética”, publicado recientemente en ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN¹, presentamos nuestra experiencia en un caso de características similares.

El neumomediastino espontáneo se caracteriza por la presencia de gas en el interior del mediastino, cuando éste no está precedido por un traumatismo o procesos intervencionistas médicos en esa zona. En la mayoría de los casos es posible encontrar un posible factor desencadenante^{2,3}. Suele aparecer en el contexto de una maniobra de Valsalva (en general, en relación con ejercicios intensos), tras esfuerzos tusígenos importantes, tras alteraciones involuntarias en el patrón respiratorio (vómitos, gritar, tocar instrumentos de viento, fumar marihuana, inhalar cocaína...) o en el parto^{3,4}. En la cetoacidosis diabética es más frecuente el neumomediastino, pero la patogenia no está totalmente aclarada. Se han implicado los vómitos y la hiperventilación asociados a la cetoacidosis, pero en ocasiones el neumomediastino precede a las alteraciones metabólicas y precipita su aparición o su progresión^{2,5}. Se presenta un caso clínico de neumomediastino espontáneo en el que una situación de cetoacidosis diabética concurría junto a otros factores predisponentes: antecedente de ejercicio intenso, consumo de marihuana fumada y vómitos.

Se trata de un paciente varón de 18 años de edad, deportista y fumador de cannabis habitual (ha consumido en 3 ocasiones en los últimos 15 días), sin otros antecedentes médicos personales ni familiares de interés. Acude al servicio de urgencias por un cuadro de mareo inespecífico y clínica cardinal de diabetes mellitus en los 15 días previos; además, refiere pérdida de 4 kg de peso en ese tiempo. El paciente relata náuseas acompañadas de vómitos espontáneos y autoprovocados por el malestar durante el día previo, dolor torácico retrosternal de características pleuríticas y sensación de respirar por las orejas y disfagia ocasional, de aproximadamente 1 mes de evolución. En la exploración física está afebril, normotenso, normocoloreado y normohidratado. El índice de masa corporal (IMC) es de 21,7 kg/m². Presenta crepitantes subcutáneos en la palpación de ambas fosas claviculares. En la auscultación cardiopulmonar destaca un desdoblamiento del segundo tono en el foco aórtico (típico del neumotórax y el neumomediastino) junto con una frecuencia de 110 lat/min y una frecuencia respiratoria de 24 respiraciones/min. El resto de la exploración es



Fig. 1. Radiografía de tórax posteroanterior (PA) realizada en espiración, en la que se observa la presencia de gran cantidad de gas en el mediastino y enfisema subcutáneo.



Fig. 2. Radiografía de tórax lateral.

normal. Analíticamente, destacan: glucosa, 721 mg/dl; creatinina, 1,4 mg/dl; osmolaridad 355; pH 7,38; HCO₃, 22; pCO₂, 37,8 mmHg, y cetonuria y glucosuria máximas. El sedimento de orina no presenta alteraciones. El estudio de tóxicos en orina resultó positivo para cannabinoides y fue negativo para el resto de tóxicos habituales. Se realizó un electrocardiograma (ECG) que mostró taquicardia sinusal a 110 lat/min, sin alteraciones de la repolarización, y radiografía de tórax (figs. 1 [posteroanterior] y 2 [lateral]) en la que se objetivó un gran neumomediastino y enfisema subcutáneo, que justificaban las molestias torácicas y la sensación de respirar por las orejas. El paciente recibió tratamiento inicial con oxigenoterapia, analgesia y reposo. Con posterioridad se realizó un esofagograma que descartó la presencia de fístulas esofagobronquiales. En la evolución posterior, el aire mediastínico fue disminuyendo progresivamente hasta su completa resolución.

La edad de mayor frecuencia de presentación del neumomediastino oscila entre los 7 y los 29 años, y es más frecuente en varones que en mujeres^{2,5,6}.

El diagnóstico es radiológico, mediante una radiografía de tórax en las proyecciones anteroposterior y lateral⁶⁻⁸. La principal entidad que plantea el diagnóstico diferencial es la rotura esofágica, por lo que a la mayoría de los pacientes se les realiza un esofagograma con bario^{6,9}.

El tratamiento es meramente de soporte (analgesia y reposo, aunque puede pautarse oxigenoterapia para favorecer su reabsorción) y vigilancia de la evolución^{4,8,10}.

El interés del presente caso clínico se apoya en describir un nuevo caso de asociación entre neumomediastino espontáneo y descompensación hiperglucémica con cetonuria, y no puede, en este caso, conocerse con exactitud qué papel desempeñó como desencadenante, junto con el resto de factores predisponentes (drogas, ejercicio). Otra alternativa es que la situación de descompensación hiperglucémica fuese una consecuencia del neumomediastino espontáneo (lo que parece más probable).

Revisando la bibliografía científica y a la vista de los 2 casos publicados probablemente esta asociación sea más frecuente de lo que habitualmente se cree. La

inespecificidad de la sintomatología y su curso generalmente favorable hace que muchos casos pasen inadvertidos¹¹. Sin embargo, es una enfermedad que se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de los pacientes con dolor torácico, especialmente en los adolescentes y adultos jóvenes. La presencia de dolor precordial en pacientes con diabetes mellitus plantea serios problemas diagnósticos. En contraste, la benignidad y la rápida resolución espontánea de la entidad que comentamos hace interesante su consideración^{7,8}.

J. OLIVAR-ROLDÁN, T. MONTOYA-ÁLVAREZ,
R. ELVIRO-PENA, P. IGLESIAS-BOLAÑOS
Y S. MONEREO-MEGIAS

*Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid. España.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Pines PJ, Araujo JB, Sánchez AL, Luque M, Tejera F, Alonso V, et al. Neumomediastino espontáneo como complicación de la cetoacidosis diabética. *Endocrinol Nutr.* 2005;52:54-6.
2. Girard DE, Carlson V, Natelson EA, Fred HL. Pneumomediastinum in diabetic ketoacidosis: Comments on mechanism, incidence and management. *Chest.* 1971;60:455-9.
3. Marín C, Garzón JA, Naya MJ, Esteban JM, López C. Neumomediastino y enfisema cervical espontáneo con alteración en la voz. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2003;54:151-6.
4. Vidal F, González J, Nualart L, Torre L, Sauri A, Hernández R, et al. Neumomediastino espontáneo del adulto. Presentación de 13 casos y revisión de la literatura. *Med Clin (Barc).* 1984;82:797-802.
5. Caramori ML, Gross JL, Friedman R, Gazzana MB, Porto CS. Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema in diabetic ketoacidosis. *Diabetes Care.* 1995;18:1311-2.
6. Watson JP, Barnett AH. Pneumomediastinum in diabetic ketoacidosis. *Diabet Med.* 1989;6:173-4.
7. Ba-Ssalamah A, Schima W, Umek W, Herold CJ. Spontaneous pneumomediastinum. *Eur Radiol.* 1999;9:724-7.
8. Pooyan P, Puruckher M, Summers JA, Byrd RP, Roy TN. Pneumomediastinum, pneumopericardium and epidural pneumatois in DKM. *J Diabet Compl.* 2004;18:242-7.
9. Cosio Mir FG. Neumomediastino y neumopericardio espontáneo en adultos. *Rev Esp Cardiología.* 1960;10:143-4.
10. Younis N, Austin MJ, Casson IF. A respiratory complication of diabetic ketoacidosis. *Postgrad Med J.* 1999;75:753-4.
11. Meeking DR, Krentz AJ. Pneumomediastinum complicating diabetic ketoacidosis. *Diabet Med.* 1996;13:587-8.