

Varón de 18 años con dolor torácico

Chest pain in a 18 years old man

Miguel Ángel Núñez Viejo

Servicio de Medicina Interna.
Complejo Hospitalario de Ourense.

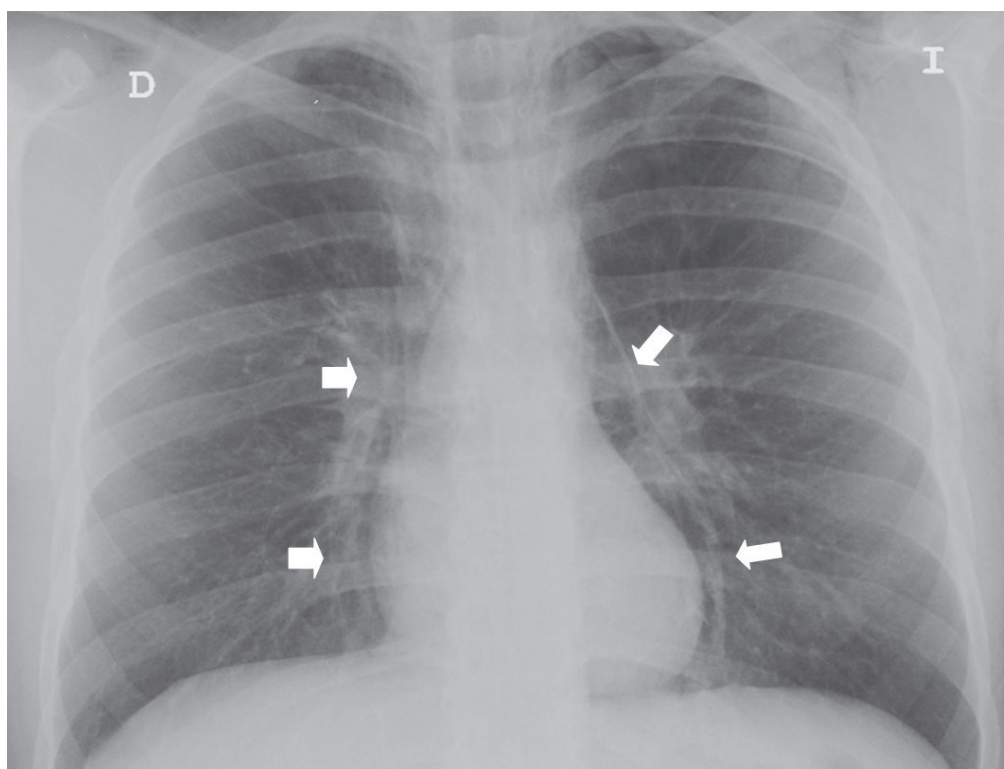
Caso clínico

Varón de 18 años con antecedentes de asma bronquial. Acudió a urgencias en mayo de 2009 con cuadro de dolor centrotorácico lancinante, opresivo, irradiado a cuello y mandíbula, de instauración brusca y varios minutos de duración, y que se inició tras presentar un acceso de tos, aso-

ciando dificultad respiratoria posterior. En el examen físico tan sólo se evidenció una mínima hipoventilación, probablemente antiálgica, en ambos campos pulmonares, siendo el resto de la exploración rigurosamente normal.

La radiografía PA de tórax se muestra en la figura 1. ¿Cuál es el diagnóstico?.

Figura 1



Diagnóstico

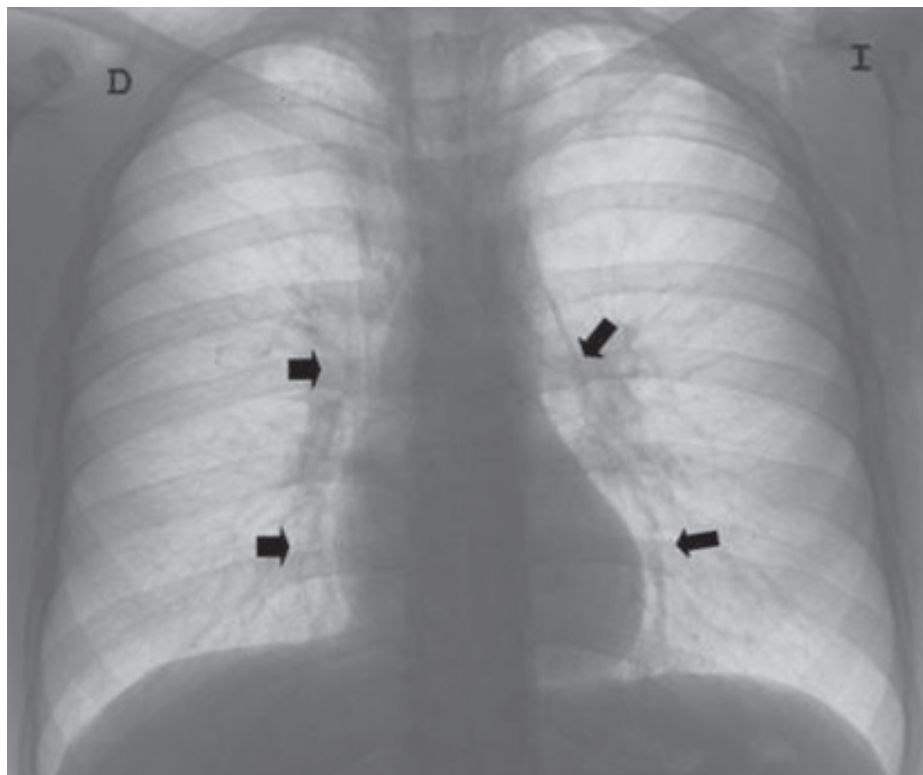
Neumomediastino.

Evolución

El paciente fue diagnosticado de un *neumomediastino espontáneo*. Tanto el dolor como la disnea se autolimitaron durante su estancia en el servicio de urgencias. Se realizó una TC de tórax en la que se confirmó la presencia de aire en la cavidad mediastínica, pero no encontró ninguna ano-

malía estructural de la vía digestiva alta ni respiratoria, ni fístulas ni presencia de bullas a ningún nivel, ni neumotórax ni enfisema subcutáneo asociados. En la figura 2 (imagen en negativo) pueden apreciarse los planos de separación entre el pericardio y la pleura pulmonar visceral. El paciente fue ingresado en observación y en los controles radiológicos sucesivos se pudo comprobar la progresiva reabsorción del neumomediastino en los días siguientes, por lo que fue dado de alta.

Figura 2



Comentarios

El neumomediastino se define como la presencia de aire libre en la cavidad mediastínica. Se debe a que el aire se filtra desde cualquier parte del pulmón o vías respiratorias hacia el mediastino. Puede ser espontáneo¹ o secundario a traumatismos (incluidos aquellos por yatrogenia de pruebas diagnóstico-terapéuticas), o a patología pulmonar o digestiva. El neumomediastino espontáneo¹ (NE) es muy poco frecuente, benigno y autolimitado por lo general, y suele afectar a adultos jóvenes.^{2,3} Se debe a un aumento de la presión intraalveolar que ocasiona rotura de los sacos alveolares, de forma que el aire diseca el intersticio y la vaina peribronquiovascular hacia el hilio pulmonar y el mediastino. Las causas pueden ser múltiples: asma bronquial, acceso de tos, maniobras de Valsalva (pujos durante el parto o una defecación), cetoacidosis, vómitos, respiraciones forzadas (inflar globos, estudios de función pulmonar) e incluso consumo de drogas psicoactivas como cocaína y crack.³ En los casos en que es secundario a patología pulmonar es frecuente encontrar anomalías anatómicas del parénquima, como por ejemplo bullas que al romperse producen la filtración de aire, pero en pacientes asmáticos esto no siempre ocurre.⁴ Puede que no haya síntomas, pero generalmente esta afección causa un fuerte dolor torácico por debajo del esternón, que se puede irradiar hacia el cuello o los bra-

zos. El dolor suele empeorar con la respiración o al tragar. Neumomediastino y neumotórax no son excluyentes, pues si el aire atraviesa la fascia mediastínica y llega al espacio pleural, puede provocar un neumotórax y presentarse ambos a la vez. Por el contrario sí es muy rara la asociación de neumopericardio. La evolución del NE es benigna, autolimitada y con raras complicaciones.⁵ La necesidad de ingreso y el tratamiento vienen determinados por la causa subyacente⁶, siendo este último conservador por lo general, ya que el neumomediastino suele resolverse con el simple reposo, como ocurrió en nuestro caso.

Bibliografía

1. Park DR, Vallières E. Pneumomediastinum and mediastinitis. In: Mason RJ, Murray JF, Broaddus VC, Nadel JA, eds. Textbook of Respiratory Medicine. 4th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2005: chap 72.
2. Abolnik I, Lossos IS, Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum: a report of 25 cases. Chest 1991; 100:93-5.
3. Macías Robles MD, et al. Neumomediastino espontáneo en urgencias. Emergencias 1999; 11:438-441.
4. Toral Marín J, Castillo Otero D, Hurtado Ayuso JE, Calderón Osuna E. Neumomediastino espontáneo como complicación de una crisis asmática. Rev Clin Esp 1999; 199:78-80.
5. Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, Prescott A, Rutherford WF. Spontaneous pneumomediastinum: clinical and natural history. Ann Emerg Med 1992; 21:1222-7.
6. Rodríguez Cuartero A, González Martínez F, Guijarro Morales A, Ruiz Salvatierra E. Neumomediastino espontáneo del adulto: estudio de seis casos. An Med Interna (Madrid) 1988; 5:449-52.