

# Neumomediastino: otra causa de dolor torácico en la consulta

Morales Acedo MJ, Pérez de la Serna N, Nogués Herrero M

Hospital de Antequera. Málaga

Mujer de 22 años sin alergias medicamentosas conocidas, fumadora de 20 cigarrillos al día, con consumo acumulado de 8 paquetes/año; ha sufrido pielonefritis de repetición y no ha sido intervenida quirúrgicamente; no sigue ningún tratamiento de forma habitual.

Acude a Urgencias por un dolor torácico punzante, irradiado a la espalda, que aumenta con la respiración, de 4 horas de evolución y asociado a disnea. Ha presentado un cuadro catarral con tos intensa en los días previos.

En la exploración física encontramos presión arterial 132/68, frecuencia cardiaca 83 lpm, saturación de oxígeno 100, temperatura 36,8 °C. Buen estado general, eupneica, bien hidratada y perfundida, normocoloreada. Cabeza y cuello sin hallazgos. Auscultación cardiaca rítmica y sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, no doloroso. Extremidades normales.

Análítica de sangre: 15000 leucocitos, 73,6 % neutrófilos; hemoglobina 13,9; bioquímica con enzimas cardiacas normales; coagulación normal.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75 lpm, sin alteraciones de la repolarización.

Radiografía de tórax: imagen compatible con neumomediastino (figura 1).

TAC torácica: se confirma la existencia de neumomediastino que disecciona los bordes cardiacos, los troncos supraaórticos, la región supraclavicular izquierda, el esófago y la tráquea; la disección es poco manifiesta debido a que la cantidad de aire no es muy grande; no se identifican zonas de rotura.

El diagnóstico definitivo es de neumomediastino espontáneo.

La paciente ingresa durante 24 horas en el área de observación y queda asintomática tras la

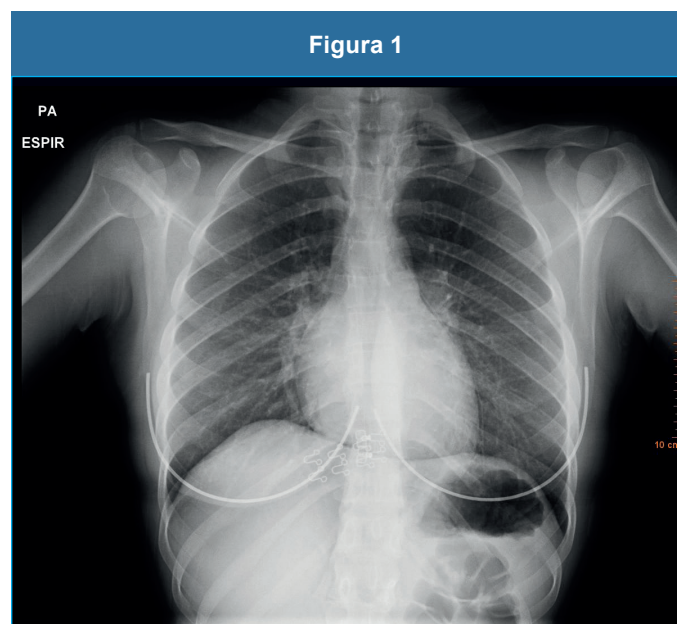
administración de analgésicos. Es dada de alta al domicilio y posteriormente revisada en la consulta de Neumología, donde se le realiza una TAC torácica de control, cuyas imágenes son normales.

## COMENTARIO

El dolor torácico es una de las causas más frecuentes de consulta en un Servicio de Urgencias. Su abordaje implica, en primer lugar, diferenciar ante qué tipo del dolor torácico nos encontramos: isquémico, pleuropericárdico, osteomuscular, neurógeno, digestivo y psicógeno. Las características del dolor en nuestra paciente orientan hacia un dolor de características pleuropericárdicas.

El dolor pleurítico se produce por irritación de la pleura parietal, muy ricamente innervada, lo que origina estímulos dolorosos cuando se halla afectada por procesos patológicos. En general, suele ser de comienzo brusco y de tipo punzante, tiene localización costal, puede irradiarse al cuello, suele durar más que el isquémico y unas veces coincide con un proceso febril (neumonía) y otras con aboliciones

Figura 1



de las vibraciones vocales y del murmullo vesicular (egofonía en el neumotórax). Es agudo (como una cuchillada), se intensifica con actividades o movimientos que irriten la zona (tos, respiración profunda, movimientos del brazo) y se calma contrarrestando o eliminando estos factores irritantes (respiración superficial, reposo en decúbito sobre el lado afectado). La duración es variable y está relacionada con el proceso causal. Se asocia también a otros procesos respiratorios como pleuritis, neoplasias, traqueobronquitis, tromboembolismo pulmonar (TEP) y procesos mediastínicos.

El diagnóstico diferencial se realiza con las principales causas de dolor pleuropericárdico existente:

- TEP: la paciente no presenta factores de riesgo para el desarrollo del mismo ni síntomas clínicos (hipoxemia o taquicardia), al tiempo que el dímero D es normal.
- Neumotórax: no presenta disminución ni abolición de murmullo vesicular en la exploración.
- Neumonía: aunque ha existido un cuadro catarral previamente, no presenta clínica infecciosa en la actualidad; en la exploración no se aprecian crepitantes.
- Pleuresía: la descartamos por la imagen radiológica.
- Neumomediastino: este es el diagnóstico definitivo al que llegamos tras completar todas las pruebas diagnósticas.

El neumomediastino espontáneo (NE) es una entidad poco frecuente, generalmente benigna y autolimitada, que suele afectar a adultos jóvenes.

Su patogenia se basa en un aumento de la presión intraalveolar que favorece la ruptura de los alveolos terminales. El aire escapa y disecciona el espacio intersticial perivascular y se produce la salida hacia el mediastino.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor torácico (retroesternal, irradiado al cuello, hombro o espalda, que aumenta con la respiración, los esfuerzos, el movimiento...) y el enfisema subcutáneo. El dolor torácico es el síntoma más frecuente, descrito en 47 % de los casos. El dolor torácico y/o la disnea ocurren en el 82 % de los pacientes; otros pacientes presentan manifestaciones cervicales diversas (hinchazón de cuello, dolor,

tortícolis, cambios de la voz u odinofagia). Cuando estos síntomas ocurren de forma aislada, una exploración física detallada que excluya otras posibles causas y que demuestre enfisema subcutáneo hará que sospechemos la presencia de NE.

El signo más frecuente es el enfisema subcutáneo, que no ha ocurrido en nuestro caso.

Se han descrito como causas el asma bronquial, un acceso de tos, las maniobras de Valsalva, la ceptoacidosis, los vómitos repetidos, las respiraciones forzadas (inflar globos, estudios de función pulmonar), actividades físicas que requieren esfuerzo intenso y mantenido, disminución de la presión atmosférica y consumo de drogas de abuso, como marihuana, cocaína o éxtasis.

Un 31 % de los NE son idiopáticos, como el caso de nuestra paciente, aunque la tos de los días previos pudo ser un factor desencadenante.

El diagnóstico se confirma mediante radiología simple torácica y/o de cuello, que demuestren la presencia de líneas o bolsas de densidad aérea.

La radiología torácica es diagnóstica siempre que se realicen proyecciones pósterio-anterior y lateral; pueden pasar desapercibidos hasta la mitad de NE si no se realiza la lateral. En nuestro caso se observaba claramente en las dos proyecciones.

Los signos radiográficos que debemos identificar son:

- La presencia de aire separando estructuras (más frecuentemente visible en el lado izquierdo, sobre la silueta cardiaca, y en la proyección lateral remarcando el arco aórtico, las arterias pulmonares y bronquios principales).
- La acumulación de gas subesternal en el pericardio (muchas veces es el único dato identificable y sólo visible en la proyección lateral) y bajo el corazón (se visualiza su separación con el hemidiafragma izquierdo).

El neumomediastino y el neumotórax no son mutuamente excluyentes; ambos pueden presentarse en el mismo tiempo. El aire puede atravesar la fascia mediastínica, llegar al espacio pleural y provocar neumotórax, con mayor frecuencia izquierdo.

La evolución del NE es benigna, autolimitada

y con raras complicaciones. La necesidad de ingreso viene determinada por la causa subyacente (crisis asmática intensa, cetoacidosis, hiperémesis gravídica...). En nuestro caso no fue necesario el ingreso hospitalario.

El tratamiento del NE es conservador. Se resuelve con el simple reposo en los casos idiopáticos.

## BIBLIOGRAFÍA

- López Olmosa J, Diagoa VJ, Sanmiguelb G, López Sánchez F. Neumomediastino y enfisema subcutáneo como complicación precoz postoperatoria de histerectomía Clínica. *Clin Invest Gin Obst* 2002;29):364-6.
- Campillo Soto A, Coll Salinas A, Soria Aledo V, Blanco Barrio A, Flores Pastora B, Candel Arenas M, Aguayo Albasini JL. Neumomediastino espontáneo: estudio descriptivo de nuestra experiencia basada en 36 casos. *Arch Bronconeumol* 2005;41:528-31.
- Castaño Yubero C, Gómez de Montes I, Guerra Garijo T, Oquillas Izquierdo D. Neumomediastino espontáneo idiopático: a propósito de un caso. *Medifam online* 2002;12:74-6.
- Monge Zamorano M, Victoria E, García Rodríguez VE, Fuster PJ, Viota Puerta ME, Villanueva Accame V. Neumomediastino, un debut inusual de asma bronquial. *Can Pediatr* 2010;34:139-41.
- Fernández A, Silvariño R, Carissi JM, Otero E, Zubiaurre J, Méndez E. Neumomediastino espontáneo: caso clínico y revisión de la literatura *Arch Med Interna* 2012;34:57-9.
- Luviano García JA, Giovanni Sánchez-Hernández CR. Neumomediastino y neumoperitoneo por barotrauma en un paciente con trauma craneofacial. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva* 2012;26:94-8.