

Hiperlucencia mediastínica radiológica en una crisis de asma

M.A. Tazón Varela, M. Hernández Herrero, L. Alonso Vega y L.Á. Pérez Mier

Médicos de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital de Laredo. Cantabria. España.

El neumomediastino espontáneo o primario es una entidad poco frecuente, pero que en edad pediátrica se asocia con asiduidad a asma y sobre todo como complicación de una primera crisis asmática. La mayoría de veces se trata de un diagnóstico casual, aunque en caso de producir síntomas, éstos pueden ser muy variados, siendo los más frecuentes el dolor torácico y la disnea. El diagnóstico de sospecha se realiza en muchas ocasiones al palpar enfisema subcutáneo de localización cervical, aunque es la radiografía de tórax el diagnóstico de certeza.

El curso es benigno y se resuelve con celeridad tras tratamiento sintomático.

Palabras clave: neumomediastino, asma, hiperlucencia.

Primary or spontaneous pneumomediastinum is an uncommon disease. However, in the pediatric age, it is frequently associated with asthma and above all with complication of a first asthmatic episode. Usually it is found as a casual diagnosis, although when there are symptoms, these may be quite different, the most frequent being chest pain and dyspnea. The diagnosis suspicion is often made on palpating subcutaneous cervical emphysema, although the diagnostic certainty is obtained from the chest x-ray.

It has a benign course and is resolved quickly after symptomatic treatment.

Key words: pneumomediastinum, asthma, hyperlucency.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un niño de 13 años de edad que acude a Urgencias por dificultad para respirar y en el que se sospecha presencia de gas en el interior del tórax al palparse enfisema subcutáneo. El estudio radiológico evidenció la presencia de neumomediastino espontáneo (NE). Se decidió ingreso hospitalario por el grado de severidad y la mala respuesta inicial de la crisis y tras 72 horas de tratamiento convencional pasó a estar asintomático.

EXPOSICIÓN DEL CASO

El paciente era un varón de 13 años y seis meses de edad, con antecedentes familiares de hermano de 8 años con asma y personales de bronquiolitis al año de edad, dermatitis atópica hasta los 3 años, rinitis por alergia a los ácaros, episodios de asma aislados que ceden ambulatoriamente con sabutamol inhalado y un ingreso por vómitos inespe-

cíficos a los seis años. Acude al Servicio de Urgencias de un hospital por cuadro de tos, odinofagia, vómitos y dificultad respiratoria progresiva de 24 horas de evolución, que no cede con tratamiento con broncodilatadores de corta duración pautados en su centro de salud.

A su llegada al área de Urgencias estaba hemodinámicamente estable con una tensión arterial de 110/60 mmHg, afebril (36,8 °C), taquicárdico (125 latidos por minuto), taquipneico (40 respiraciones por minuto), presentaba una saturación de oxígeno al 91% y unos parámetros ponderales de 33 kg de peso y 147 cm de altura.

La exploración física muestra un estado general subóptimo, cianosis perilabial leve, crepitación subcutánea cervical, tiraje costal, marcada hipoventilación y sibilancias bilaterales con 4-5 puntos para la puntuación de Wood-Downes.

Se realizan pruebas complementarias. La analítica de rutina revela hematimetría y bioquímica normal salvo un 10,7% de eosinófilos sobre unos leucocitos totales de $7,7 \times 1.000/\text{mm}^3$ y una glucosa de 205 mg/dl.

El examen radiológico inicial con radiografía posteroanterior de tórax descartó condensación neumónica y evidenció neumomediastino y enfisema subcutáneo, por lo que se dispuso el ingreso (figs. 1 y 2).

Correspondencia: M.A. Tazón Varela.
Campoo, 4, 1º B.
39300 Torrelavega. Cantabria. España.
Correo electrónico: tazovare@yahoo.es

Recibido el 14-03-07; aceptado para su publicación el 16-10-07.



Figura 1. Signo del diagrama continuo.

Aunque en un principio no hubo buena respuesta al tratamiento, posteriormente la evolución fue satisfactoria gracias a tratamiento broncodilatador inhalado, a dosis frecuentes por cámara y corticoides endovenosos. Tras una mejoría progresiva y rápida se decide el alta a los tres días. En visitas posteriores se encuentra asintomático.

DISCUSIÓN

El neumomediastino, también denominado síndrome de Hamman o enfisema mediastínico, es la presencia de una colección de aire en el mediastino. Esta entidad se describió por primera vez por Hamman en 1939¹.

Es una enfermedad poco común, que afecta a varones jóvenes^{2,3}, altos y sin enfermedades⁴. Su incidencia es baja, ya que se presenta entre 1/12.000 y 1/30.000 de los ingresos hospitalarios⁵. Si hablamos de niños, el neumomediastino pediátrico no traumático es poco frecuente, salvo en el periodo neonatal en el que sucede aproximadamente en el 2,5 × mil de los nacidos vivos⁶. En la infancia también predomina en varones, y es más frecuente entre menores de tres años y en edad prepuberal⁷.

La mayoría de las veces se produce tras la ruptura de alveolos pulmonares periféricos como resultado de un incremento de la presión intraalveolar⁸ y esto permite el paso de aire a través del intersticio pulmonar, de forma que las vainas perivascuales del hilio pulmonar y los planos de tejido conectivo del mediastino se diseccionan⁹. Este gas llega al tejido subcutáneo del cuello a través de las capas contiguas a la fascia cervical profunda¹⁰.

El neumomediastino puede ser primario o secundario (NS) a mecanismos traumáticos torácicos, procedimientos diagnósticos (broncoscopia, neumoencefalografía) o terapéuticos¹¹ (ventilación mecánica, traqueostomía, tiroidectomía, adenoidectomía, extracción dentaria, manipulación del tracto digestivo, cirugía del árbol traqueobronquial, radioterapia, quimioterapia, etc.).

El NE puede ser idiopático, sin aparente causa desencadenante⁴, o relacionarse con un aumento de presión intraalveolar, como en accesos de tos, crisis de asma, vómitos,

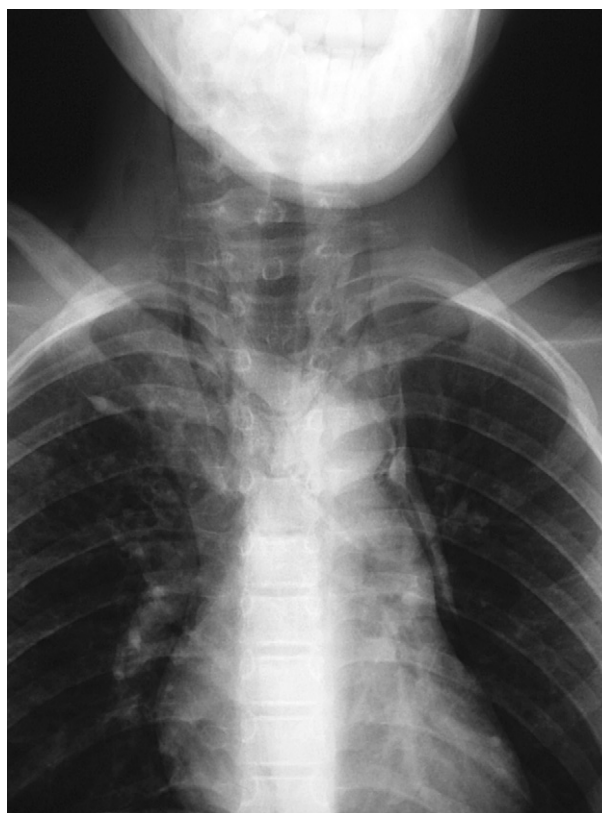


Figura 2. Signo de la V de Naclerio.

barotrauma por maniobras de Valsalva (expiración contra resistencia) o maniobras de Müller (inspiración contra resistencia), el consumo de tóxicos inhalados o fumados, maniobras de Politzer, cetoacidosis, trabajo de parto, terapia inhalatoria o la disminución de la presión intersticial pulmonar, como al realizar ejercicio físico o al disminuir la presión atmosférica.

En ocasiones está relacionado con crisis de asma. La relación entre neumomediastino y asma es notoria¹². El neumomediastino por complicación de una crisis asmática es poco frecuente en adultos, al contrario que en los niños¹³, en los cuales puede llegar a desencadenarse hasta en un 5,4% de las crisis de asma¹⁴. Suele producirse en la primera crisis importante y se resuelve tras ser tratado el desequilibrio asmático¹³.

Las manifestaciones clínicas son muy variadas, pero los síntomas clásicos son dolor torácico retroesternal y disnea¹⁵, siendo el primero el más frecuente, y se dan hasta en el 83% de los casos¹⁶. Son también habituales la disfagia y la disnea^{2,5,8}.

Menos comunes son la odinofagia, el dolor cervical, el dolor de espalda, la disfonía, el dolor abdominal y la debilidad³.

Al realizar la exploración física podemos encontrar diferentes hallazgos. El más frecuente y mejor para llegar al diagnóstico es el enfisema subcutáneo⁵, que se caracteriza por crepitación a la palpación cutánea, de manera que el explorador experimenta una sensación similar a la de pi-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3835543>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3835543>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)