

# XXXVII REUNIÓN ANUAL SOGAPAR

LUGO, 29 Y 30 DE OCTUBRE DE 2010

SEDE: DEPUTACIÓN DE LUGO



Sociedade Galega de Patoloxía Respiratoria  
*Pneumoloxía e Cirurxía Torácica*

# pneuma

Revista de la Sociedade Galega de Patoloxía Respiratoria, Pneumoloxía e Cirurxía Torácica

- 3 EDITORIAL  
El oficio de enseñar
- 6 ORIGINALES  
Valor predictivo de los parámetros analíticos básicos en la extensión de la enfermedad en pacientes con cáncer de pulmón
- 12 Carcinoma bronquioloalveolar:  
Un subtipo con mejor pronóstico
- 19 REVISIÓN  
Enfermedad vascular en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- 29 NOTA CLÍNICA  
Neumomediastino espontáneo primario
- 32 CARTA AL DIRECTOR  
Neumonía como causa de masa pulmonar
- 35 EL RINCÓN DE LA NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA  
Linfoma de tejido linfóide asociado a mucosas (malt) pulmonar

Vol. 6 - Nº 1  
Abril 2010



## > NOTA CLÍNICA

### Neumomediastino espontáneo primario

Moure González J.D., Muñiz Fontán M., Martín-Torres F., Trabazo Rodríguez S., Martín Sánchez J.M.

Servicio de Críticos, Intermedios y Urgencias Pediátricas. Departamento de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Grupo Gallego de Genética, Investigación y Vacunas Pediátricas (G3VIP), Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago

#### INTRODUCCIÓN

El enfisema mediastínico o neumomediastino se define por la presencia de aire en el mediastino<sup>1,2</sup>. Este proceso ocurre habitualmente de forma secundaria a traumatismos, procedimientos diagnóstico-terapéuticos, a patología respiratoria o digestiva, pero también puede ocurrir espontáneamente<sup>1,2</sup>. El neumomediastino espontáneo es una entidad poco frecuente, que suele ser de curso benigno y autolimitado y afecta sobre todo a varones jóvenes<sup>3</sup>. La sospecha diagnóstica se establece por la presencia de clínica de dolor torácico, disnea y enfisema subcutáneo, pero también en el signo de Hamman. Presentamos el caso clínico de un varón joven que acude al Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro hospital con clínica de dolor centrotorácico.

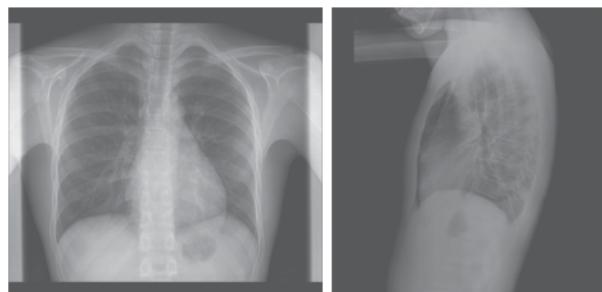
#### CASO CLÍNICO

Varón de 14 años sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor centrotorácico súbito de 5 horas de evolución que se irradia a ambos hombros, de carácter opresivo, que aumenta con el decúbito, la inspiración y la deglución. El dolor cede al incorporarse y con la sedestación. También señala dolor a nivel de esternocleidomastoideo derecho que se intensifica al girar el cuello hacia la izquierda. No presentó sintomatología respiratoria previa, ni vómitos ni diarrea. Se detecta febrícula de 37,5°C. No refiere episodios de atragantamiento ni de reflujo o vómitos, la comida que había ingerido carecía de alimentos con espinas o huesos. Tampoco hay constancia de accesos de tos ni de maniobras de Valsalva. No señala antecedentes traumáticos ni de episodios de características similares. En la exploración física se aprecia en

la auscultación el signo de Hamman (crepitación coincidente con los ruidos cardíacos), con aparente disminución de los ruidos cardíacos, sin signos de dificultad respiratoria; crepitación a la palpación en cuello y dolor a la palpación en epigastrio.

Con la sospecha clínica de neumomediastino se procedió a realizar estudio radiográfico (Figura 1) que confirmó el diagnóstico. El resto de pruebas complementarias realizadas (gasometría, hemograma, bioquímica, alfa1-antitripsina, ECG) fueron normales.

Figura 1. Estudio radiológico (proyección postero-anterior y lateral) donde se confirma la presencia de neumomediastino. Sin la proyección lateral pueden pasar desapercibidos más de la mitad de los casos.



Se instauró monitorización y vigilancia evolutiva, con desaparición de la clínica a las pocas horas y normalización de los hallazgos radiográficos al 4º día del inicio del cuadro clínico, procediéndose al alta hospitalaria.

#### DISCUSIÓN

El enfisema mediastínico, neumomediastino o Síndrome de Hamman se define por la presencia de aire en el mediastino. Es un proceso raro, de escasa frecuencia y que suele producirse de manera secundaria a trauma-

tismos, maniobras iatrogénicas o enfermedad pulmonar como el asma o procesos infecciosos<sup>1,2</sup>. El neumomediastino espontáneo se puede definir como la presencia de aire en el mediastino, no asociada a causa traumática, iatrogénica o enfermedad pulmonar subyacente conocida<sup>4</sup>. Fue descrito por primera vez por Hamman, en 1939, y es una patología benigna y autolimitada que afecta principalmente a varones jóvenes y a mujeres embarazadas<sup>5</sup>.

Su patogenia fue descrita por Macklin y Macklin en 1944; el aumento de la presión intraalveolar produce la rotura de algunos alveolos, escapando el aire y diseccionando el espacio intersticial perivascular hasta llegar al mediastino<sup>4</sup>.

Desde el punto de vista clínico, el dolor torácico es el síntoma más frecuente<sup>1</sup>. Sin embargo, una buena exploración física proporciona un apoyo importante para un correcto diagnóstico, ya que aun cuando el dolor torácico es el síntoma predominante, no siempre es así, pudiéndose presentar como disnea, hinchazón de cuello, dolor cervical, tortícolis, cambios en la voz u odinofagia<sup>1</sup>. Estos últimos sobre todo pueden ser evaluados de forma errónea y conllevar a una orientación diagnóstica equivocada, como puede ser patología cervical o de la zona otorrinolaringológica<sup>6,7</sup>, lo que repercute en un retraso en el diagnóstico y a la realización de pruebas innecesarias como puede ser una radiografía cervical<sup>6,7</sup>. Es esencial pues, la búsqueda de signos como el enfisema subcutáneo (el más frecuente, puede limitarse a cuello y área supraclavicular, o extenderse a cara, axilas y pared tóraco-abdominal) o el signo de Hamman (crepitación sincrónica con el latido cardíaco y variable con los ciclos respiratorios y la posición del paciente) que está presente en un 50-80% de los casos<sup>1,8</sup>.

La confirmación diagnóstica se obtiene con el estudio radiográfico, siendo necesaria la realización del estudio con dos proyecciones (posteroanterior y lateral), ya que pueden pasar desapercibidos hasta la mitad de neumomediastinos espontáneos si no se realiza la proyección lateral<sup>2,9,10</sup>.

Al igual que en nuestro caso, la evolución es en general benigna y autolimitada, con raras complicaciones. Prácticamente nunca tiene consecuencias fisiológicas sobre el paciente, y el tratamiento es el de la causa subyacente en aquellos secundarios y de soporte (analgesia y reposo)<sup>1,3,11</sup>. No hay recurrencias en la mayoría de los casos<sup>12</sup>. Por lo tanto, a pesar de su baja incidencia –probable-

mente infraestimada- y una vez descartadas otras causas, ante un adolescente sin enfermedad de base, que presenta dolor torácico agudo e intenso, debe considerarse la posibilidad de un neumomediastino espontáneo en el diagnóstico diferencial. Una buena exploración física buscando signos de enfisema subcutáneo y la auscultación del signo de Hamman apoyan el diagnóstico. Esto evitará que estos niños sean sometidos a exploraciones y pruebas complementarias innecesarias -invasivas en algunos casos<sup>13</sup>- e impedirá el retraso en el diagnóstico de esta entidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, Prescott A, Rutherford WF. Spontaneous pneumomediastinum: clinical and natural history. *Ann Emerg Med* 1992; 21:1222-7.
- 2.- Bejvan SM, Godwin JD. Pneumomediastinum: old signs and new signs. *AJR* 1996; 166:1041-8.
- 3.- Martin Chalumeau, Laurence Le Clainche, Natacha Sayeg, Nathalie Sannier, Jean-Luc Michel, ReÂmy Marianowski, Phillipe Jouvét, Pierre Scheinmann, J. de Clic. Spontaneous pneumomediastinum in children. *Pediatr Pulmonol* 2001; 31: 67-75.
- 4.- Macklin MT, Macklin CC. Malignant interstitial emphysema of the lungs and mediastinum as an important occult complication in many respiratory diseases and other conditions: an interpretation of the clinical literature the light of laboratory experiment. *Medicine* 1944; 23:281-358.
- 5.- Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. *Bull Johns Hopkins Hosp* 1939; 64: 1-21.
- 6.- Smith J, Hsu J. Spontaneous pneumomediastinum presenting with retropharyngeal emphysema. *Am J Otolaryngol* 2004; 25: 290-4.
- 7.- Ovalle P, Arce JD. Neumomediastino espontáneo: Enfisema retrofaríngeo forma de presentación no habitual. *Rev Chil Radiol* 2005; 11: 116-121.
- 8.- Vidal Marsal F, González Olivella J, Nualart Berbel L, Torre Alonso L, Sauri Conejero A, Hernández Oter R, Prats Alonso E. Neumomediastino espontáneo del adulto. Presentación de trece casos y revisión de la literatura. *Med Clín (Barc)* 1984; 82:797-802.
- 9.- Maunder RJ, Pierson DJ, Hudson LD. Subcutaneous and mediastinal emphysema. Pathophysiology, diagnosis and management. *Arch Intern Med* 1984; 144:1447-53.
- 10.- López-Peláez MF, Roldán J, Mateo S. Cervical emphysema, pneumomediastinum and pneumothorax following self-induced oral injury. Report of four cases and review of the literature. *CHEST* 2001; 120:306-309.
- 11.- Park DR, Pierson DJ. Pneumomediastinum and mediastinitis. En *Textbook of respiratory medicine*, 3ª Ed. Murray JF, Nadel JA, Mason RJ, Boushey HA (Eds.). WB Saunders Company, Philadelphia, 2000. Tomo 2, pp 2095-2121.
- 12.- Macía I, Moya J, Ramos R, Morera R, Escobar I, Saumench J, Perna V, Rivas F. Spontaneous pneumomediastinum: 41 cases. *Eur J Cardiothorac Surg* 2007; 3:1110-1114.
- 13.- Weissberg D, Weissberg D. Spontaneous mediastinal emphysema. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004; 26: 885-8.