



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

Gómez Tena, Goretti; Curto Simón, Beatriz; Janer Subías, Elena; Tello Martín, Ángela
Neumomediastino espontáneo: ¿más frecuente de lo que pensamos?
Pediatría Atención Primaria, vol. XVIII, núm. 72, 2016, pp. 341-343
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366649311011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Neumomediastino espontáneo: ¿más frecuente de lo que pensamos?

Goretti Gómez Tena^a, Beatriz Curto Simón^b, Elena Janer Subías^c, Ángela Tello Martín^d

Publicado en Internet:
5-octubre-2016

Goretti Gómez Tena:
gorettigomez@hotmail.com

^aPediatra. CS de Alcorisa. Teruel. España • ^bUnidad Neonatal. Servicio de Pediatría. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza. España • ^cPediatra. CS de Binéfar. Huesca. España • ^dPediatra. CS de Illueca. Zaragoza. España.

Resumen

Palabras clave:

- Neumomediastino
- Enfisema
- Infancia

El neumomediastino es infrecuente en Pediatría, posiblemente se deba a que es un cuadro infradiagnosticado. Los síntomas clásicos son disnea y dolor torácico de aparición brusca, así como enfisema subcutáneo en algunas ocasiones. Para su diagnóstico suele bastar con una radiografía simple de tórax. El tratamiento es conservador en la mayoría de los casos, con analgesia oral y reposo. Ya que la evolución suele ser benigna, existiendo bajo riesgo de complicaciones o recurrencias, son innecesarias pruebas complementarias, así como hospitalizaciones. Presentamos dos casos clínicos que acuden a consulta por cuadros diferentes, con un diagnóstico final similar.

Spontaneous pneumomediastinum in Primary Care: more common than we think?

Abstract

Key words:

- Pneumomediastinum
- Emphysema
- Childhood

Pneumomediastinum is uncommon in Pediatrics, possibly due to an underdiagnosed pathology. The classic symptoms are shortness of breath and chest pain of sudden onset and sometimes subcutaneous emphysema. Usually it is sufficient with a simple chest radiograph for the diagnosis. Treatment is conservative in most cases, with oral analgesia and rest. Since evolution is usually benign, and there is low risk of complications or recurrences, additional tests and hospitalizations are unnecessary. We present two clinical cases who consult for different pathologies, but finally had the same diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El neumomediastino se define como la presencia de aire dentro del mediastino. En niños es una patología infrecuente fuera del periodo neonatal (su incidencia oscila entre 1/800 y 1/42 000 en Urgencias)¹ y puede aparecer espontáneamente (hasta

el 21% de los casos)², es decir, sin antecedente traumático accidental ni iatrogénico (procedimientos endobronquiales, esofágicos, ventilación mecánica, extracción dental, cateterismo cardiaco o cirugía torácica, entre otros)³ o bien relacionarse con exacerbación asmática, traumatismos torácicos, rotura esofágica, etc.⁴.

Cómo citar este artículo: Gómez Tena G, Curto Simón B, Janer Subías E, Tello Martín A. Neumomediastino espontáneo: ¿más frecuente de lo que pensamos? Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:341-3.

Ya que es cuadro muy poco frecuente, debemos sospecharlo para iniciar el diagnóstico. Una anamnesis dirigida y la exploración física nos pueden orientar hacia esta rara entidad y llevarnos a realizar una radiografía de tórax con la que confirmaremos el diagnóstico.

Presentamos dos casos de dos pacientes que acudieron a consulta por dolor torácico y edema cervical, que fueron diagnosticados de neumomediastino.

CASO CLÍNICO 1

Niño de 12 años, con antecedente de asma bronquial intermitente sin tratamiento de base, que acude a la consulta de Pediatría de su centro de salud por la aparición brusca de un edema cervical, disfagia y dolor torácico desde esa mañana (aproximadamente seis horas de evolución), en el contexto de una crisis asmática que el niño estaba tratando con salbutamol inhalado en su domicilio. A su llegada presenta un regular estado general, palidez cutánea, taquipnea y tiraje intercostal; con hipoventilación generalizada en la auscultación. Se observa un edema a nivel cervical bilateral, con crepitación en dicha zona. Ante crisis asmática con *score* moderado se inicia tratamiento broncodilatador y corticoideo y se deriva a Urgencias hospitalarias. Allí realizan una radiografía de tórax, encontrando neumomediastino y un enfisema subcutáneo torácico y cervical, sin neumotórax (Fig. 1). Se pauta analgesia y tratamiento con oxígeno, broncodilatadores y prednisona oral; experimentó mejoría progresiva, dándole de alta cuatro días después.

CASO CLÍNICO 2

Niña de 13 años, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta por un cuadro de vómitos intensos y dolor abdominal de cinco días de evolución. Presenta un regular estado general, sin signos de deshidratación, con dolor difuso abdominal, sin otra sintomatología acompañante. Durante su estancia presenta, tras los vómitos, dolor torácico y

Figura 1. Importante enfisema subcutáneo y neumomediastino, sin evidenciar neumotórax. Se observa el signo de la V de Naclerio y resalte del contorno cardiaco



crepitación en cuello de forma brusca. Se deriva a Urgencias para su evaluación. En la radiografía de tórax se observan signos de neumomediastino y enfisema subcutáneo en el cuello y la región superior del tórax (Fig. 2). Se pauta sueroterapia y antieméticos intravenosos, cediendo los vómitos, por lo que se le da el alta sin precisar ingreso. En un control posterior en consulta cinco días más tarde, vemos la resolución del cuadro, sin presentar complicaciones.

Figura 2. Neumomediastino, con imagen de resalte cardiaco como consecuencia de la presencia de aire en el mediastino



DISCUSIÓN

La fisiopatología del neumomediastino, descrita por Macklin⁵ en el año 1939, consiste en un incremento del gradiente de presión entre los espacios intraalveolar e intersticial, que provoca el escape aéreo desde pequeñas aberturas alveolares y alveolos rotos hacia la adventicia perivascular, lo que causa enfisema intersticial. El gradiente de presión favorece la disección de las vainas vasculares hasta el hilio, y puede producirse neumotórax en caso de brusco aumento de la presión intramediastínica.

La clínica es muy heterogénea, por lo que la sospecha clínica es fundamental. Suele producir dolor torácico agudo de localización retroesternal, de tipo opresivo, que aumenta con los movimientos respiratorios; se acompaña de disnea de intensidad variable o enfisema subcutáneo. El signo de Hamman es el hallazgo más característico, que consiste en la crepitación sincrónica con los latidos cardiacos, pero su frecuencia es variable⁶.

La radiografía de tórax habitualmente es suficiente para el diagnóstico (aproximadamente en un

69% de los casos)⁷. Los hallazgos clásicos⁸ son el signo del diafragma continuo (presencia de aire entre el pericardio y el diafragma), el signo de la V de Naclerio (presencia de aire entre la aorta descendente y el hemidiafragma izquierdo), el resalte del contorno cardiaco (por la presencia de aire mediastínico) y la existencia de enfisema subcutáneo. No se precisan otras técnicas de imagen de forma rutinaria.

El tratamiento es conservador⁹, con analgesia oral y reposo. En algunos centros se emplea oxigenoterapia para favorecer la reabsorción aérea, aunque no es necesario si el paciente presenta buena oxigenación.

En el neumomediastino espontáneo la evolución suele ser favorable¹⁰, con reabsorción del aire ectópico en pocos días y las recidivas escasas. No requiere seguimiento específico ni control radiológico periódico en su forma aislada.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chalumeau M, Le Clainche L, Sayeg N, Sannier N, Michel J, Marianowski R, et al. Spontaneous pneumomediastinum. *Pediatr Pulmonol*. 2001;31:67-75.
2. Chen IC, Tseng CM, Hsu JH, Wu JR, Dai ZK. Spontaneous pneumomediastinum in adolescents and children. *Kaohsiung J Med Sci*. 2010;26:84-8.
3. Monge Zamorano M, García Rodríguez VE, Fúster Jorge P, Viota Puerta ME, Villanueva Accame V. Neumomediastino, un debut inusual de asma bronquial. *Can Pediatr*. 2010;34:139-41.
4. Damore DT, Dayan PS. Medical causes of pneumomediastinum in children. *Clin Pediatr*. 2001;40:87-91.
5. Macklin CC. Transport of air along sheaths of pulmonary blood vessels from alveoli to mediastinum: clinical implications. *Arch Intern Med*. 1939;64:913-26.
6. Campillo-Soto A, Coll-Salinas A, Soria-Aledo V. Neumomediastino espontáneo: estudio descriptivo de nuestra experiencia basada en 36 casos. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:528-31.
7. Caceres M, Ali SZ, Braud R, Weiman D, Garrett HE Jr. Spontaneous pneumomediastinum: a comparative study and review of the literature. *Ann Thorac Surg*. 2008;86:962-6.
8. Bejvan SM, Goswin JD. Pneumomediastinum: old and new signs. *Am J Roentgenol*. 1996;166:1041-8.
9. Nounla J, Tröbs RB, Bennek J, Lotz I. Idiopathic spontaneous pneumomediastinum: an uncommon emergency in children. *J Pediatr Surg*. 2004;39:E23-4.
10. Saadoon A, Janahi I. Spontaneous pneumomediastinum in children and adolescents. En: UpToDate [en línea] [consultado el 29/09/2016]. Disponible en www.uptodate.com/contents/spontaneous-pneumomediastinum-in-children-and-adolescents