

NEUMOTÓRAX BILATERAL, NEUMOMEDIASTINO Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO POR TRAUMATISMO DE BAJA INTENSIDAD.

Autores: Graciela López Muñiz, Laura Juez García, Tania Álvaro de Castro, Ana Cerezo, Ana E. Jiménez Massa, Félix del Campo Matías

Centro de trabajo: Hospital Universitario Rio Hortega. Servicio de Neumología.

Es un paciente, varón de 18 años de edad, natural y residente en Chicago (EEUU). Sin alergias medicamentosas conocida, enfermedades de interés o tratamientos crónicos. Como antecedentes familiares, descartar; su madre neumotórax espontáneo tras caída accidental y hermana con 3 episodios de perforaciones esofágicas espontáneas.

Enfermedad actual:

Paciente que ingresa en nuestro servicio procedente del servicio de urgencias por cuadro de disnea de moderados mínimos esfuerzos y dolor torácico que se irradia al cuello sobre todo con los esfuerzos. El paciente refiere 24 horas en un partido de fútbol haber recibido un balón con el pecho como único antecedente traumático. No refiere otra clínica asociada.

En la exploración física llamaba la atención la presencia de crepitación del tejido subcutáneo de la región anterior del tórax y cuello sin llegar a afectar a la cara. Sin embargo mantenía saturaciones sin necesidad de oxígeno suplementario y la auscultación cardiorespiratoria era rigurosamente normal.

Pruebas complementarias:

- Analítica: leucocitosis sin neutrofilia. Hemoglobina en rango. Bioquímica sin datos reseñables
- Radiografía tórax: neumotoráx apical bilateral con neumomediastino y signos de enfisema subcutáneo a ambos lados del cuello (Imagen 1)
- TAC de tórax: neumotórax bilateral, mayor en el lado derecho. Neumomediastino. Enfisema en tejido celular subcutáneo de base del cuello y región anterior del hemitórax superior.(imagen 2)

Evolución:

A su ingreso se comenta el caso con el Servicio de Cirugía torácica dada la presencia de despegamiento en ambos hemitórax, decidiéndose tratamiento conservador. Se inicia tratamiento con oxigenoterapia suplementaria y se mantiene la orden de reposo absoluto. El paciente presenta una buena evolución, sin complicaciones durante el ingreso llegando a desaparecer el enfisema subcutáneo a la palpación persistiendo en menos cuantía en la radiografía de control. Así mismo en la radiografía de control se observa la reexpansión completa del pulmón derecho con mínima lámina de neumotórax en el lado derecho y la resolución del neumomediastino. (Imagen 3)

El paciente es dado de alta, con la indicación de reposo relativo en domicilio y la contraindicación absoluta de volar en un plazo aproximado de 4-6 semanas, debido a su diagnóstico de neumotórax bilateral.

Discusión:

Casi un 20% de los pacientes que sufren un traumatismo torácico pueden llegar a desarrollar un neumotórax, pudiendo ser secundarios a una herida abierta que lesiona a su vez el parénquima o bien tratarse de un traumatismo cerrado, que en este caso se puede asociar a fracturas costales, roturas bronquiales o esofágicas. El tratamiento de los mismos es la colocación de un drenaje pleural. Sin embargo en aquellos asociados a traumatismos moderados y que se acompañan de neumotórax de pequeña cuantía estaría indicado el tratamiento conservador al menos en aquellos unilaterales, dejando reservado el tratamiento quirúrgico según SEPAR para aquello con fuga persistente o déficit de reexpansión pulmonar. Otra indicación que podemos encontrar recogida en la literatura es la presencia de neumotórax bilateral simultáneo.

El neumotórax puede coexistir con un enfisema subcutáneo, aunque este puede llegar a presentarse de forma aislada. Puede ser secundario a una lesión en la vía aérea o pulmonar; no precisa tratamiento salvo en aquellos casos que sea muy importante que entonces se colocará un drenaje pleural. Otro hallazgo acompañante es la presencia de neumomediastino aunque es un hallazgo clínico raro cuando tenemos el antecedente de un traumatismo cerrado, y su evolución suele ser autolimitada

En cuando a los viajes en avión tras la presencia de un neumotórax, SEPAR contempla como contraindicación absoluta la presencia de neumotórax no drenado, la presencia de enfisema subcutáneo o de neumomediastino, y coloca en relativas la resolución de un neumotórax espontáneo en las 6 semanas previas al vuelo.

Bibliografía:

- 1.- Normativa sobre diagnóstico y manejo de los traumatismos torácicos. Jorge Freixint Gilart.
- 2.- Neumotórax. Neumosur. C. Peñalver.
- 3.- Dyspnoea and chest pain as the presenting symptoms of pneumomediastinum: two cases and a review of the literature. Cardiovascular Journal of Africa.
- 4.- Patología respiratoria y vuelos en avión. Archivos de Bronconeumología.



