

## Caso clínico radiológico

ALEJANDRO ÁLVAREZ J.<sup>1</sup>, GILLIAN PEÑALOZA P.<sup>2</sup>,  
FÉLIX SANHUEZA L.<sup>3</sup>, ALEJANDRA MARTÍNEZ G.<sup>3</sup>

1. Médico Pediatra y Cardiólogo Infantil, Servicio de Pediatría, Hospital las Higueras Talcahuano. Profesor Asociado Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.
2. Becada de Pediatría Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.
3. Interno(a) de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

### Historia clínica

Escolar de 6 años 7 meses con antecedente de reiteradas hospitalizaciones por síndrome bronquial obstructivo recurrente. Consulta por tos, dificultad respiratoria importante saturando 89% con FiO<sub>2</sub> de 21% a su ingreso. Al examen físico, impresiona en mal estado general, an-

gustado, subfebril, frecuencia cardíaca de 148 x min, pálido con aleteo nasal y retracción costal.

A la auscultación pulmonar se encontró disminución global del murmullo vesicular con escasos ruidos bronquiales. Se solicitó radiografía (rx) de tórax en proyecciones posteroanterior y lateral (figuras 1a, b).

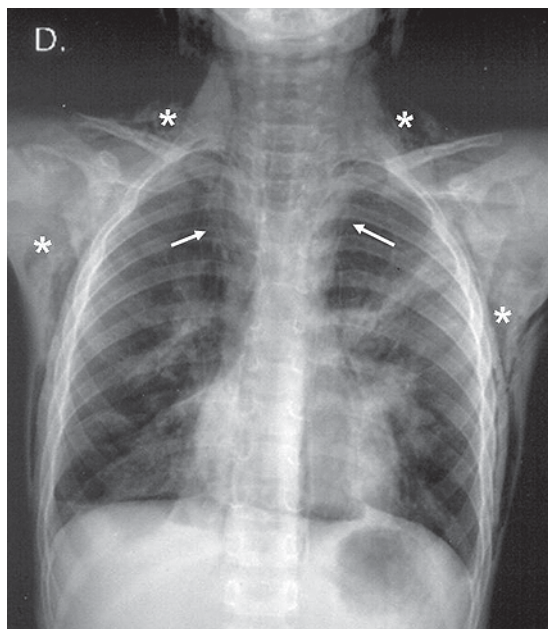


Figura 1a.

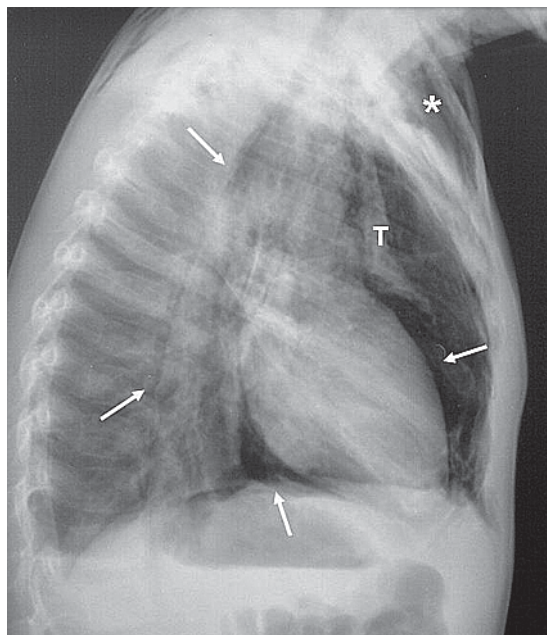


Figura 1b.

### ¿Cuál sería su hipótesis diagnóstica?

Trabajo recibido el 27 de julio de 2006, devuelto para corregir el 30 de agosto de 2006, Segunda versión el 18 de abril de 2007, aceptado para publicación el 21 de abril de 2008.

Correspondencia a:  
Alejandro Álvarez J.  
E-mail: gabivac@hotmail.com

## Hallazgos radiológicos

La figura 1 muestra sombras densas en ambos lóbulos inferiores y en el lóbulo superior izquierdo, compatibles con zonas de atelectasia. Hay además hiperinsuflación pulmonar bilateral, asociada a neumomediastino (flechas) y enfisema subcutáneo que diseña las partes blandas del cuello y de la pared del tórax (\*). No se observa neumotórax. En la proyección lateral es visible el timo (T) desplazado hacia anterior por el neumomediastino.

## Diagnóstico

Neumomediastino y enfisema subcutáneo, asociados a síndrome bronquial obstructivo,

## Discusión

Los cuadros obstructivos bronquiales son una patología muy frecuente en la edad pediátrica y pueden complicarse con rotura alveolar, neumomediastino, neumotórax, enfisema subcutáneo.

El neumomediastino puede ser una complicación de las crisis asmáticas en un 0,3% al 5% de los casos. También puede aparecer enfisema subcutáneo o la presencia de aire en el tejido celular subcutáneo del cuello y tórax, generalmente como resultado de un neumomediastino. El neumotórax es menos frecuente.

El mecanismo sería un aumento de la presión en la vía aérea generado por maniobra de valsalva (expiración ante vía aérea cerrada). De esta manera, habría rotura de las paredes alveolares, escape de aire al espacio intersticial perivascular, que da lugar primero a enfisema pulmonar intersticial y luego neumomediastino, dado que la presión del mediastino es negativa respecto a la presión alveolar e intersticial.

Los síntomas más comunes, aunque inespec-

cíficos, son disnea, odinofagia, disfagia, dolor cervical, dolor torácico tipo pleurítico. En general, se sospecha esta complicación, cuando se presenta un deterioro brusco de la función respiratoria, y aparece dolor retroesternal irradiado a los brazos y al cuello, que aumentan con los movimientos respiratorios y a veces con la deglución. El signo clínico característico es la palpación de crepitación dolorosa en las partes blandas de la región cervical y la pared del tórax.

El diagnóstico se confirma con la Rx de tórax donde se aprecia el neumomediastino que se manifiesta como áreas de mayor transparencia, lineales, que corren verticalmente a lo largo del mediastino y reborde cardíaco y aire en las partes blandas. No es necesario hacer exámenes más sofisticados.

Cuando la etiología de la fuga de aire proviene del aparato respiratorio, el problema es autolimitado, no requiere tratamiento específico y la reabsorción del aire subcutáneo y del neumomediastino se produce tras la eliminación de la fuente de origen.

En la gran mayoría de los casos, el enfisema subcutáneo y el neumomediastino son una complicación benigna del asma, que desaparece al cabo de unos días. El tratamiento es el mismo que la crisis asmática, pero es necesario hospitalizar al niño por el potencial riesgo de neumotórax<sup>3</sup>.

## Referencias

- 1.- *De Blic J, Scheinmann P*: Asma del niño y el lactante. Enciclopedia Médico Quirúrgica 2003; e-4-063-f-10.
- 2.- *Behrman R, Kliegman R, Arvin A*: Nelson tratado de Pediatría 1997; 2: 1540-2.
- 3.- *Fielbaum O, Herrera O*: Enfermedades Respiratorias Infantiles, segunda edición. 2002, 270.
- 4.- *Cerda M, Paris E, Sánchez I, Corrales R*: Bronquiolitis aguda y síndrome bronquial obstructivo en lactantes. Cuidados Intensivos en Pediatría, Cap 15: 166-71.