

Cartas al Director

Neumomediastino espontáneo y neumopericardio con insuficiencia respiratoria

Spontaneous Pneumomediastinum and Pneumopericardium with Respiratory Failure

Sr. Director:

El neumomediastino (NM) espontáneo es una alteración poco frecuente, que se define como la presencia de aire libre en el mediastino que no está precedida por un traumatismo, cirugía u otras intervenciones médicas¹. Se presenta sobre todo en varones jóvenes y el dolor torácico es el dato clínico más frecuente. Otros síntomas y signos incluyen disnea, tos o dolor en el cuello y enfisema subcutáneo¹⁻⁵. En ocasiones, la radiografía de tórax es insuficiente para detectar el gas en el compartimento mediastínico y se precisa la realización de una TAC¹. En ausencia de una enfermedad subyacente asociada, se considera un proceso con poca repercusión clínica y su recurrencia es muy infrecuente¹⁻³. Sin embargo, hemos atendido a un paciente con NM espontáneo con importante afectación del intercambio gaseoso y con características clínicas que podían producir confusión en el diagnóstico diferencial.

Se trata de un paciente varón de 24 años, que consultó en urgencias por la aparición súbita de dolor precordial intenso irradiado a la espalda, con mareo no giratorio y cierta dificultad respiratoria por el dolor. Interrogado, sólo refería una ligera rinitis acuosa desde unos 4 días antes, sin tratamiento. No era fumador ni tenía otros antecedentes de interés. La exploración física no mostraba alteraciones. En los análisis destacaba leucocitosis de $18,7 \times 10^3$ con $16,6 \times 10^3$ neutrófilos/ul. La proteína C reactiva era de 20,3 mg/l. Se realizó una extracción para gases arteriales respirando aire ambiente que mostró pH 7,42, PaO₂ 54 mmHg, PaCO₂ 35 mmHg y HCO₃ 23 mmol/l. El electrocardiograma mostraba un ritmo sinusal con 115 lpm e imagen de S1Q3. En la radiografía de tórax se observaba una delgada línea de neumopericardio. Para descartar embolismo pulmonar se realizó un angio-TC de tórax que no apreció defectos vasculares y confirmó la presencia de aire en el espacio mediastínico (fig. 1) y neumopericardio. El paciente recibió tratamiento analgésico y oxígeno. A las 24 horas estaba asintomático, con saturación de oxihemoglobina del 98% (con FiO₂ 0,21) y se había normalizado la leucocitosis.

El NM espontáneo está considerado como un proceso leve que no precisa tratamiento¹. Sin embargo, el caso presentado mostraba insuficiencia respiratoria, leucocitosis y datos clínicos que obligaban a descartar otros procesos. Aunque el hallazgo de leucocitosis y neutrofilia puede ser frecuente (en la serie de Macià et al⁴ el 42% de los pacientes con NM espontáneo la presentaba), no hemos encontrado referencias a la alteración del intercambio gaseoso en casos similares. De forma excepcional se puede producir NM o neumopericardio a tensión por la entrada persistente de aire en los espacios mediastínicos o pericárdicos con aumento de la presión que puede



Figura 1. TAC de tórax: presencia de aire en el compartimento mediastínico.

afectar el retorno venoso y la función cardíaca y constituye una urgencia médico-quirúrgica¹ y que justificaría la hipoxemia. Sin embargo, en nuestro paciente no había datos de NM o neumopericardio a tensión, por lo que de haberse producido se trataría de una alteración transitoria.

Nuestro paciente no tenía ninguna condición asociada al desarrollo de NM espontáneo. Esto no es infrecuente ya que en más de la mitad de los pacientes con NM espontáneo no se identifica una condición predisponente, como asma, enfermedad intersticial o enfermedad del injerto contra el huesped^{1,6}. Los factores precipitantes que se asocian a NM espontáneo son los que producen un aumento súbito de la presión intratorácica, principalmente el vómito, la inhalación de drogas, la tos intensa y el ejercicio físico. Sin embargo, entre el 30 y el 50% de los pacientes no se puede identificar ningún factor precipitante asociado al NM¹⁻⁵.

Concluimos, que el NM espontáneo considerado un proceso de escasa trascendencia clínica puede presentarse con características de mayor gravedad de la que se suele describir, aunque, al menos en nuestro caso con una rápida resolución como es habitual en este proceso.

Bibliografía

- Iyer VN, Joshi AY, Ryu JH. Spontaneous pneumomediastinum: analysis of 62 consecutive adult patients. *Mayo Clin Proc.* 2009;84:417–21.
- Freixinet J, García F, Rodríguez PM, Santana NB, Quintero CO, Hussein M. Spontaneous pneumomediastinum long-term follow-up. *Respir Med.* 2005;99:1160–3.
- Campillo-Soto A, Coll-Salinas A, Soria-Aledo V, Blanco-Barrio A, Flores-Pastor B, Candel-Arenas M, et al. Neumomediastino espontáneo: estudio descriptivo de nuestra experiencia basada en 36 casos. *Arch Bronconeumol.* 2005;41:528–31.
- Macià I, Moya J, Ramos R, Morera R, Escobar I, Saumench J, et al. Spontaneous pneumomediastinum: 41 cases. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2007;31:1110–4.

5. Cáceres M, Ali SZ, Braud R, Wiman D, Garret HE. Spontaneous pneumomediastinum: a comparative study and review of the literature. *Ann Thorac Surg*. 2008;86:962-6.
6. García-Reina S, Gómez-Caro A, Sánchez-Lorente D. Síndrome de fuga aérea por enfermedad de injerto contra huésped. *Arch Bronconeumol*. 2009;45:358-9.

Anna Kikeeva^a, Diana Berrio Grajales^b y Eduardo García Pachón^{c,*}

^a Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital General Universitario, Elche, Alicante, España

^b Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital General Universitario, Elche, Alicante, España

^c Sección de Neumología, Hospital General Universitario, Elche, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: egpachon@gmail.com (E. García Pachón).

doi:10.1016/j.arbres.2011.01.007

Mediastinitis secundaria a una pancreatitis aguda

Mediastinitis Secondary to Acute Pancreatitis

Sr. Director:

La pancreatitis aguda es una patología grave que puede asociarse a complicaciones torácicas, fundamentalmente a neumonía con derrame pleural y más raramente a mediastinitis enzimática. De esta última apenas existen unos pocos casos publicados en la literatura. Debido a la gran morbimortalidad de la mediastinitis y a su escasa frecuencia, presentamos este caso clínico.

Paciente varón de 56 años, diagnosticado de una pancreatitis necrótica en su hospital de área. Tras una mala evolución, y con la sospecha diagnóstica de mediastinitis en la tomografía computarizada (TC), el paciente es trasladado a nuestro hospital. Inicialmente, al no presentar colecciones mediastínicas, se decide tratamiento conservador con antibioterapia empírica. Dos días después la TC de control muestra un aumento de la grasa mediastínica, colecciones mediastínicas con contenido aéreo, derrame pericárdico y pleural bilateral (figs. 1). Ante los hallazgos clínicos y radiológicos, se decide intervenir quirúrgicamente. Se practica una esternotomía media con extirpación de la grasa mediastínica necrosada, desbridamiento y drenaje de las colecciones mediastínicas existentes y drenaje pleural bilateral y pericárdico. El cultivo del material drenado es positivo para *Candida parapsilosis* y *Pseudomona aeruginosa*.

La evolución postoperatoria es tórpida, con dehiscencia y exudado de aspecto purulento a través de la herida quirúrgica, por lo que se decide reintervenirlo, con drenaje-lavado del mediastino y dejándose una esternostomía abierta para curas locales.

Tras cultivos seriados de la herida quirúrgica sin aislamiento de gérmenes y sin complicaciones durante 2 meses, se decide el cierre de la esternostomía mediante la transposición de los músculos pectorales mayores. El paciente se recupera y es dado de alta a los 17 días de esta última cirugía.

Durante los controles posteriores, se detecta un tumor pancreático a los 6 meses. Al intervenirlo se descubren múltiples metástasis hepáticas, peritoneales y epiploicas. El paciente fallece meses después.

Dentro de las complicaciones torácicas de la pancreatitis (15-50% de los casos), la más frecuente es la neumonía con derrame pleural. Lo que es menos común es el pseudoquistes pancreático con extensión mediastínica, la fistula toraco-pancreática y, todavía más infrecuente, la mediastinitis secundaria a una pancreatitis, habiéndose publicado tan sólo 4 casos de esta última complicación^{1,2}.

El mecanismo patogénico de este tipo de mediastinitis parece ser la fuga de las secreciones pancreáticas y su ascenso, a tra-



Figura 1. Imagen de la TC que muestra el ensanchamiento mediastínico, las colecciones con contenido aéreo, el derrame pleural bilateral y pericárdico y la atelectasia pulmonar compresiva.

vés del hiato esofágico o del aórtico, hasta el mediastino¹. En el caso de nuestro paciente, la pancreatitis necrótica podría haber causado la erosión del peritoneo parietal diafragmático y permitido la propagación intratorácica de las enzimas pancreáticas.

En un paciente con pancreatitis en el que aparece disnea, dolor torácico, fiebre, cianosis, taquicardia, fallo cardíaco agudo o un síndrome de la vena cava superior, hay que sospechar una complicación intratorácica. En nuestro caso, la pancreatitis se agrava con una insuficiencia respiratoria que requiere su ingreso en la unidad de cuidados intensivos y al realizar la TC se objetiva la afectación mediastínica y pleural.

En cuanto al tratamiento de este tipo de mediastinitis, todos los antecedentes publicados refieren la necesidad de cirugía mediante drenajes y desbridamiento, al igual que se ha llevado a cabo en el paciente que presentamos. La evolución tórpida ha supuesto el requerimiento de una esternostomía para la realización de curas locales durante varias semanas hasta la resolución del cuadro.

Tras nuestra experiencia y la revisión de la escasa bibliografía, queremos concluir con la recomendación de incluir la mediastinitis dentro del diagnóstico diferencial de un cuadro de pancreatitis en el cual aparecen síntomas respiratorios. Debido a la elevada morbimortalidad de este tipo de mediastinitis, aconsejamos un tratamiento agresivo con antibioterapia y desbridamiento quirúrgico además de un control clínico y radiológico exhaustivo para valorar la evolución de la enfermedad.

Bibliografía

1. Iacono C, Procacci C, Frigo F, Bergamo Andreis IA, Cesaro G, Caia S, et al. Thoracic complications of pancreatitis. *Pancreas*. 1989;4:228-36.