

Neumomediastino espontáneo en un paciente con cetoacidosis diabética: reporte de un caso



Spontaneous Pneumomediastinum in a Patient With Diabetic Ketoacidosis

Sr. Director:

Descrito por Laennec en 1827¹, el neumomediastino espontáneo (NE) comprende una entidad patológica poco frecuente, en la cual existe aire o gas dentro del mediastino. Presumiblemente se debe a la rotura alveolar secundaria al aumento brusco de la presión intraalveolar, disecando los tejidos a lo largo del espacio mediastinal con posibilidad de llegar al nivel subcutáneo cervical².

Paciente masculino de 21 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus de tipo 1; inicia su enfermedad tras omisión de dosis de insulina NPH, presentaba malestar general acompañado de náusea y vómito en repetidas ocasiones, por ello acude al hospital, niega antecedente traumático.

En la exploración, presenta respiración de Kussmaul y crepitación subcutánea palpable en la región maxilar bilateral, el cuello y el tórax anterior hasta epigastrio, el tórax posterior hasta vértebra torácica 6 y los brazos hasta el tercio distal; osmolaridad plasmática de 280 mOsm/l, déficit de agua de 10 l. Glucosa 530 mg/dl, sodio 135 mmol/l, potasio 3 mmol/l, cloro 109 mmol/l. Gasometría arterial con pH 7,2, pCO₂ 35 mmHg, pO₂ 80 mmhg, HCO₃ 9mEq/l, exceso de base -18 U, examen general de orina: cetonas 80 mg y glucosuria 300 mg/l

Estudio radiológico de tórax, que muestra presencia de aire en la región cervical y el tórax anterior. El esofagograma descartó la posibilidad de lesión esofágica (fig. 1).

Se controla al paciente mediante hidratación e insulina, estabilizándose tras 24 h de manejo. Disminuyó la extensión del enfisema subcutáneo con manejo conservador; egresó tras 5 días

de tratamiento, con revaloración 15 días después, encontrándose resolución completa del enfisema subcutáneo y del NE.

Los trabajos disponibles coinciden en sus resultados: mayor incidencia en género masculino (3:1) con edad promedio de 20 años. El principal síntoma es el dolor torácico seguido de dolor cervical, disnea y dolor faríngeo; la principal manifestación clínica es el enfisema subcutáneo. Generalmente, coincide que el estudio radiológico de tórax es suficiente para integrar el diagnóstico; sin embargo, se puede emplear tomografía, radiografía de cuello o esofagograma con medio de contraste cuando se desee descartar otra alteración. La recurrencia de NE se considera nula, aunque existen reportes de recurrencia, por lo cual el seguimiento a largo plazo es innecesario¹.

La fisiopatología se desconoce; en la cetoacidosis, el incremento de la presión alveolar quizá se deba al esfuerzo emético o a la respiración de Kussmaul, considerando que este fenómeno hiperpneico es secundario a la acidosis metabólica. Es posible entender que la acumulación de aire entre la cara parietal anterior del pericardio y la cara anterior del tórax produce una crepitación con el latido cardiaco y que se percibe en la auscultación sobre el ápex cardiaco y en el borde esternal izquierdo. Así, dicha hiperinsuflación pulmonar provoca daño alveolar con la fuga subsecuente de aire a través de los espacios alveolares hacia el intersticio, que posteriormente se distribuye por el espacio mediastinal a lo largo de la vaina de la vasculatura pulmonar que puede ocasionar enfisema subcutáneo³.

Aunque nuestro paciente respondió favorablemente al manejo conservador, podría requerirse manejo con intubación oro-traqueal y ventilación mecánica⁴.

Es nuestra intención aumentar el acervo literario en torno al NE; su incidencia es tan baja que puede ser una afección subdiagnosticada, la cual se autolimita y tiene buen pronóstico para los pacientes en la gran mayoría de los casos.



Figura 1. Esofagograma con medio hidrosoluble: se muestra el esofagograma hidrosoluble realizado al paciente, notando la imagen de radiolucidez parahiliar derecha e izquierda paralela a la silueta cardiaca, propia del neumomediastino.

Bibliografía

1. Ryoo JY. Clinical analysis of spontaneous pneumomediastinum. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 2012;73:169-73.
2. Cho TJ, Kim H. Unusual presentation of spontaneous pneumomediastinum. *Lung India*. 2010;27:239-41.
3. Guerra-Urbe NB, Enríquez-Ocaña JC, Díaz-Jouanen E, Manzano-Alba F. Neumomediastino espontáneo en cetoacidosis diabética: reporte de caso y revisión de la bibliografía. *Med Int Mex*. 2012;28:522-5.
4. Banday W, Tahir M, Jallu S, Augustine F. Spontaneous pneumomediastinum: rare complication of diabetic ketoacidosis. *BMJ Case Rep*. 2009, doi:pii: bcr10.2008.1091. 10.1136/bcr.10.2008.1091. Epub 2009 Mar 17.

Eder Natanael Flores López^{a,*}, Luis Carlos Álvarez Torrecilla^b y Rogelio López Alférez^c

^a Médico residente de primer año Medicina Interna, Hospital General de Cuautitlán ISEM «General Vicente Villada», Santa María, Cuautitlán, Estado de México, México

^b Médico cardiólogo intervencionista adscrito al Hospital General de Cuautitlán «General Vicente Villada», Santa María, Cuautitlán, Estado de México, México

^c Médico adscrito Clínica Florida Satélite, Naucalpan, Estado de México, México

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: dr.eder.natanael@msn.com

(E.N. Flores López), dralvarezcardiologia@gmail.com

(L.C. Álvarez Torrecilla), rgr.rla@gmail.com (R. López Alférez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.09.004>