

3. Ahuja BK, Sabharwal BD. Agranulocytosis due to INH toxicity. A case report. *J Postgrad Med* 1970; 16: 45-47.
4. Van Assendelft AH. Leucopenia in rifampicin chemotherapy. *J Antimicrob Chemother* 1985; 16: 407-408.
5. Pisciotta AV. Durg-induced agranulocytosis. *Haematologica* 1982; 67: 292-318.
6. Vincent PC. Drug induced aplastic anaemia and agranulocytosis. Incidence and mechanisms. *Drugs* 1986; 31: 52-63.

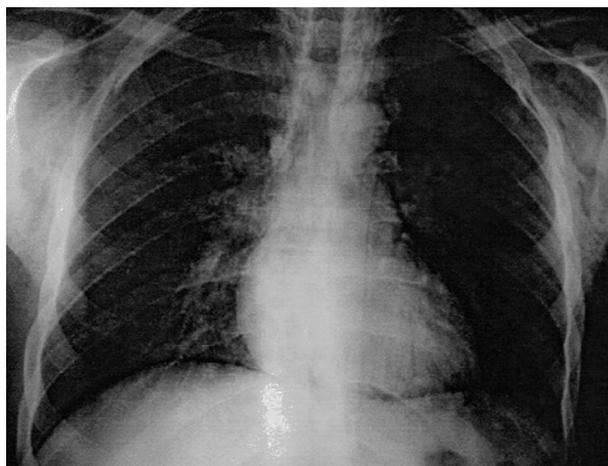
Neumomediastino espontáneo en un consumidor de cocaína

Sr. Director: El neumomediastino espontáneo es la aparición de aire en el espacio mediastínico sin existir causa traumática o quirúrgica previa y su frecuencia es muy baja. Puede asociarse a algunas enfermedades como el asma o aparecer en otras situaciones en las que existe una alteración voluntaria del patrón respiratorio. Entre estas últimas, la inhalación de cocaína ha sido descrita como causa de la aparición de un neumomediastino.

Varón de 21 años, albañil de profesión, fumador de 13,5 paquetes/año. Era consumidor ocasional de cocaína. Diagnosticado de úlcera duodenal. No refería antecedentes familiares ni personales de alergia, ni de síntomas respiratorios. Acudió al hospital porque unas 12 h antes y tras la inhalación de cocaína comenzó con disnea brusca, sensación de opresión en el cuello y tórax y disfonía. En la exploración física, presentaba afectación del estado general y dificultad respiratoria. A la palpación existía crepitación cutánea en el cuello, ambas fosas supraclaviculares y parte superior del tórax. Se auscultaban tonos cardíacos rítmicos, a buena frecuencia y el murmullo vesicular estaba conservado con signo de Hamman presente. La gasometría arterial practicada de urgencias mostraba una PaCO₂ de 26 mmHg, una PaO₂ de 95 mmHg, un pH de 7,47 y una saturación de oxígeno del 98%. La radiografía de tórax evidenciaba un neumomediastino y un importante enfisema subcutáneo (fig. 1). Tras permanecer en reposo relativo y con tratamiento analgésico, el paciente fue paulatinamente mejorando, siendo dado de alta en las siguientes 72 h.

El aire que aparece en el neumomediastino puede provenir de las vías aéreas superiores o intratorácicas, tracto gastrointestinal, parénquima pulmonar, infección por organismos que producen aire o del exterior del organismo. La mayor parte de las veces el neumomediastino se produce por la rotura espontánea de alvéolos, debido a cambios de presión entre el alvéolo y la superficie, especialmente en caso de sobredistensión alveolar. Suele presentarse tras algún esfuerzo como ejercicio intenso, parto, levantamiento de pesos, vómitos prolongados, o bien tras la inhalación de drogas como la marihuana, el óxido nítrico o la cocaína. Los pacientes con asma son más propensos a padecerlo, por la obstrucción de las vías aéreas que caracteriza a esta afección.

Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax. Se aprecia neumomediastino y enfisema subcutáneo extenso.



En algunas series de neumomediastino espontáneo, como la de Panacek et al¹, el antecedente de inhalación de alguna droga como la cocaína aparecía en más del 75% de los casos. La cocaína es una droga de consumo creciente en los últimos años, sustituyendo a otras como la heroína. Su uso por vía inhalatoria se ha relacionado con algunas complicaciones pulmonares. Aunque el neumomediastino puede originarse al fumar base libre de cocaína u otras drogas, se asocia con mayor frecuencia a la inhalación de vapores de cocaína. Esta inhalación suele acompañarse de esfuerzos inspiratorios prolongados, forzados y profundos, seguidos de una maniobra de Valsalva², que sería la que originaría el neumomediastino. El aire alcanza el mediastino por disección del tejido conectivo peribronquial. De forma similar puede asociarse neumotórax, neumopericardio o enfisema subcutáneo^{3,6}. A pesar de que la hipótesis de un aumento de la presión intraalveolar, con rotura de la pared y paso de aire al mediastino, es la implicada con más frecuencia en la bibliografía³, hay otra teoría en cuanto a la cocaína, como es la producción de vasoconstricción de los vasos de la pared de los alvéolos con necrosis y posterior comunicación, con paso de aire al mediastino⁴.

El dolor torácico suele ser el síntoma más frecuente (más del 80% de los casos); otros síntomas, como la disnea y la disfagia, son también frecuentes⁵. El curso clínico es autolimitado en la mayoría de los casos, requiriéndose únicamente tratamiento sintomático. La observación se recomienda hasta que los síntomas y la radiografía mejoren sustancialmente^{5,6}.

No hay que olvidar que el consumo continuado de cocaína puede ocasionar episodios recurrentes de neumomediastino, empeorando notablemente el pronóstico de estos pacientes⁶.

I. de la Cruz Morón, N. Reyes Núñez y J.L. Rojas Box

Sección de Neumología.
Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

1. Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, Prescott A, Rutheford WF. Spontaneous mediastinum: clinical and natural history. *Ann Emerg Med* 1992; 21: 1222-1227.
2. Rello J, Net A. Complicaciones asociadas al consumo de cocaína. *Med Clin (Barc)* 1988; 91: 435.
3. Androuny A, Magnusson P. Pneumopericardium from cocaine inhalation. *N Engl J Med* 1985; 15:157-158.
4. Khouzam N. The cocaine user who looked like a bullfrog. *Hosp Pract* 1986; 21: 157-158.
5. Albonik I, Lossos IS, Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum: a report of 25 cases. *Chest* 1991; 100: 93-95.
6. Aroesty DJ, Stanley RB, Crockett DM. Pneumomediastinum and cervical emphysema from the inhalation of "free-based" cocaine: report of three cases. *Laryngol Head Neck Surg* 1986; 94: 372-374.