

**Neumomediastino y enfermedad diverticular**

**Sr. Director:** Presentamos el caso de un paciente intervenido de hernia inguinoscrotal izquierda con anestesia locorregional, que a las 24 h del postoperatorio, y sin relación a ningún esfuerzo, refirió un aumento del diámetro del cuello y dificultad a la inspiración profunda en la región torácica alta.

Varón de 78 años al que se le realizó una radiografía del tórax que demostró una imagen de pequeño neumomediastino, sin signos de neumotórax; la radiografía del abdomen no demostró la existencia de gas ectópico. La evolución posterior reflejó un aumento del enfisema subcutáneo y la aparición franca de neumomediastino (fig. 1). Se realizó tránsito baritado esofagogastroduodenal que no indicó perforación intestinal. La radiografía del abdomen demostró la existencia de gas ectópico extraluminal en la fosa ilíaca izquierda sin neumoperitoneo.

Ante la sospecha de perforación de la víscera hueca se realizó una laparotomía: en el sigma se comprobó la existencia de una "burbuja" de 7 cm de diámetro de contenido aéreo y coágulos en el mesenterio, sin signos de peritonitis localizada; se procedió a su apertura, observando una comunicación con el sigma por el divertículo perforado en el meso intestinal. Se realizó una resección sigmoidea (operación tipo Hartmann) con colostomía terminal en la fosa ilíaca izquierda. La evolución posterior es satisfactoria, con desaparición paulatina del enfisema subcutáneo y el neumomediastino. A los 3 meses se reintervino para la reconstrucción del tránsito intestinal. El paciente se encuentra en la actualidad asintomático.

El comienzo de la enfermedad diverticular con enfisema cervical subcutáneo es muy raro, y existen pocas publicaciones en la bibliografía internacional<sup>1,2</sup>, siendo más frecuentes las manifestaciones asociadas a perforaciones gastroduodenales.

Se han descrito varios procedimientos por los que el aire procedente de una víscera hueca abdominal llega al neumomediastino y al espacio cervical subcutáneo; la vía más frecuente, cuando existe neumoperitono-

neo, es a través de los orificios herniarios o por medio de una fístula cutánea que provoca enfisema subcutáneo abdominal y en sentido ascendente llega al neumomediastino y al cuello a través del tejido fibroadiposo que rodea al foramen aórtico y al hiato esofágico. Para que exista esta difusión es preciso que exista una solución de continuidad en el peritoneo de origen inflamatorio o congénito<sup>3</sup>.

Mucho más infrecuente es la aparición de neumomediastino sin neumoperitoneo y se asocia a la difusión subserosa a través del hiato esofágico en perforaciones gástricas o a perforaciones retroperitoneales en los lugares de fijación (mesos) del tubo digestivo: el aire retroperitoneal pasa a través del orificio aórtico, ya que en este punto el diafragma está separado de la aorta por un tejido laxo que comunica el espacio retroperitoneal con el mediastino, siendo éste el vehículo, a través de los planos profundos del cuello, por donde el aire llega al tejido subcutáneo cervical<sup>4,5</sup>.

En nuestro caso, es este último mecanismo al que consideramos origen de neumomediastino y enfisema subcutáneo.

Oeting et al<sup>6</sup>, en 1955, intentaron correlacionar la localización del enfisema subcutáneo con la localización de la lesión intraabdominal: la localización en la región anterior del abdomen por lesión en el colon y el intestino delgado, la localización del aire en las extremidades inferiores por diverticulitis, apendicitis o carcinoma de colon perforados y la localización supraclavicular y cervical por perforaciones de recto-sigma, como en el caso presentado. El hecho de que se produzca una perforación sigmoidea retroperitoneal no es infrecuente, puesto que el 75% de los divertículos que se perforan están localizados en el mesenterio sigmoideo, de donde el gas favorecido por el peristaltismo intestinal se difunde al retroperitoneo; en el caso presentado, creemos que se asociaron a la enfermedad diverticular desconocida previamente las maniobras de reintroducción de la hernia inguinoscrotal deslizada durante el primer procedimiento operatorio (herniorrafia).

Consideramos muy importante un diagnóstico temprano de esta rara complicación, por la posibilidad de desarrollar un cuadro generalizado de sepsis, con una alta mortalidad, al tratarse generalmente de enfermos de avanzada edad (la diverticulitis es un proceso relativamente frecuente en la sexta y séptima déca-

das de la vida), con infecciones peritoneales habitualmente sobreinfectadas y con una larga evolución clínica.

**M. Fernández Ruiz y A. Fernández Fernández\***

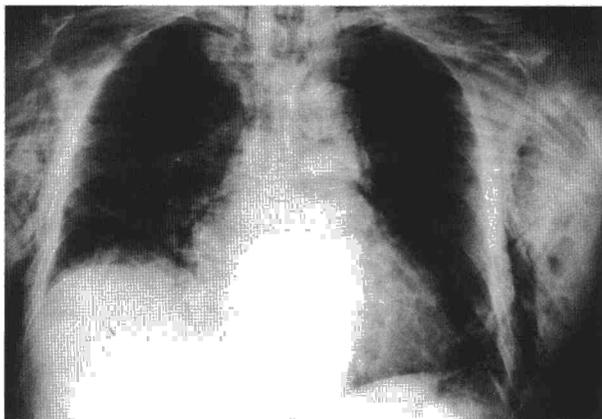
Servicios de Cirugía General y Digestivo y \*Urología. Hospital San Millán. Logroño.

1. Cifuentes Tebar J, Aguayo Albasini JL, Robles Campos R, Luján Monpeán JA, Lirón Ruiz R, Parrilla Paricio P. Enfisema subcutáneo como manifestación inicial de perforación de víscera hueca abdominal. *Rev Esp Enf Digest* 1990; 78: 38-40.
2. Hur T, Chen Y, Shu GH, Chang JM, Cheng KC. Spontaneous cervical subcutaneous and mediastinal emphysema secondary to occult sigmoid diverticulitis. *Eur Respir J* 1995; 8: 2.188-2.190.
3. Garay Burdeos JM, Marcote Valdivieso E, Romero Simó M, Giner Noguera M, Canales López M, Torner Pardo A. Enfisema cutáneo cervical como primera manifestación de una diverticulitis sigmoidea perforada. *Cir Esp* 1996; 59: 361-362.
4. González JL, Ordóñez A, Constenla M, García M, Montero JM. Neumomediastino como complicación en la evolución de la enfermedad de Hodgkin. A propósito de un caso. *Arch Bronconeumol* 1982; 143: 93-94.
5. Fiss W, Olcay S, Cigtay E, Miele J, Horner L, Twigg A. Perforated viscus presenting with gas in the tissues. *Am J Roentgenol* 1975; 135: 226-233.
6. Oeting H, Kramer N, Branch W. Subcutaneous emphysema of gastrointestinal origin. *Am J Med* 1955; 19: 872.

**Realización incorrecta de maniobras médicas como causa de broncoaspiración. A propósito de 2 casos**

**Sr. Director:** La broncoaspiración de un cuerpo extraño como consecuencia de maniobras médicas realizadas de forma incorrecta es excepcional, pero puede llegar a producir complicaciones respiratorias importantes (broncospasmo, neumonitis obstructiva e insuficiencia respiratoria). Describimos 2 casos en los que la realización inadecuada de las maniobras médicas fueron causa de broncoaspiración.

Mujer de 22 años, con antecedentes de epilepsia, que acudió a urgencias por disnea progresiva a las 48 h de haber presentado una crisis tónico-clónica generalizada. La paciente estaba taquipneica, afebril y con sibilancias bilaterales. La radiografía del tórax era normal. La gasometría arterial basal: pH 7,30, PaO<sub>2</sub> 50 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 33 mmHg, HCO<sub>3</sub> 19, 9 mEq/l y SatO<sub>2</sub> del 85%. Por presentar deterioro clínico y gasométrico requirió intubación orotraqueal y ventilación mecánica. A las 48 h del ingreso se objetivó en la radiografía del tórax una atelectasia del lóbulo inferior y medio derecho. Se realizó una fibrobroncoscopia, y se visualizó un cuerpo extraño en el bronquio principal derecho que fue extraído por fibrobroncoscopia, correspondiente a un capuchón de bolígrafo.



**Fig. 1. Radiografía de tórax. Enfisema subcutáneo y mediastínico.**