

**Neumomediastino de presentación espontánea en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida y tuberculosis pulmonar**

El diagnóstico de neumomediastino de presentación espontánea (NMPE) requiere excluir las causas que originan una comunicación directa entre el aire exterior y el mediastino<sup>1</sup>. El NMPE es un hallazgo infrecuente en la población adulta. Su incidencia es variable en las distintas series examinadas oscilando entre 1/800<sup>2</sup> y 1/42.000 ingresos<sup>3</sup>. Es posible que en muchas ocasiones el cuadro pase desapercibido por la inespecificidad de la sintomatología y su tendencia a remitir de forma espontánea<sup>4</sup>. A veces es posible demostrar la existencia de situaciones patológicas subyacentes, pero hasta en el 25 % de los casos no se consiguen evidenciar circunstancias que favorezcan su aparición<sup>5-7</sup>. Presentamos un caso de NMPE asociado a tuberculosis (TB) pulmonar en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). No conocemos descripciones clínicas previas que hagan referencia a esta complicación en enfermos con SIDA.

Varón de 31 años con antecedentes de adicción a heroína desde los 25, sin otras drogodependencias. Fue diagnosticado de hepatitis B a los 29 años y de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 5 meses antes de acudir a nuestro hospital. Ingresó por astenia, anorexia, pérdida de 10 kg de peso en 3 meses y tos con expectoración negruzca de 1 semana de evolución, sin dolor torácico. En la exploración se evidenciaba caquexia (talla 1.78 m, peso 43 kg), poliadenopatías laterocervicales, axilares e inguinales bilaterales, crepitanes en bases pulmonares y hepatomegalia a 6 cm

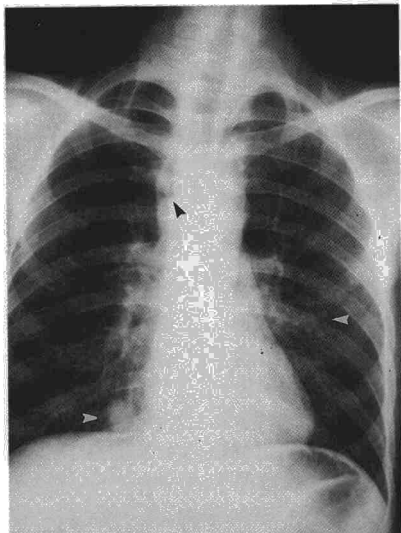


Fig. 1A. Radiografía de tórax de un paciente con SIDA, TB pulmonar y neumomediastino. Las flechas señalan el patrón granular bilateral, un nódulo en lóbulo inferior derecho y nivel hidroaéreo paracardial derecho (neumomediastino).

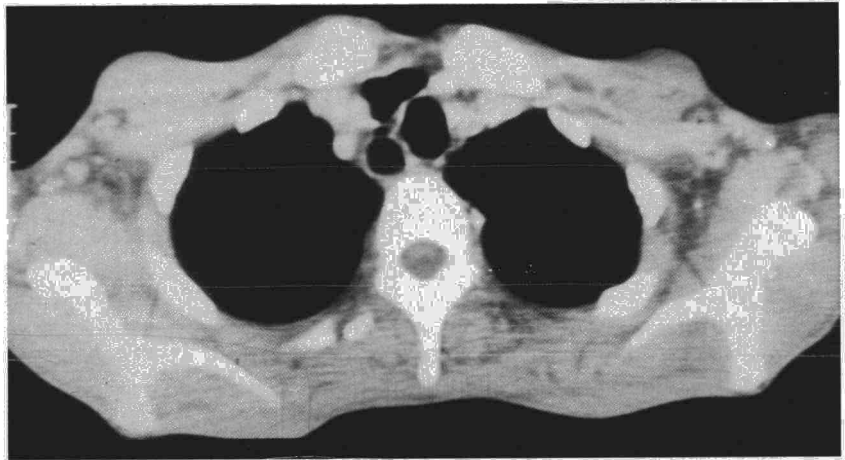


Fig. 1B. TAC torácica del mismo enfermo. Se aprecia una imagen hidroaérea en el mediastino.

del reborde costal. La radiografía de tórax mostraba un patrón granular bilateral y una condensación redondeada en lóbulo inferior derecho sugestiva de tuberculosis. En el área paracardial derecha existía un nivel hidroaéreo compatible con neumomediastino (fig. 1A). La TAC torácica confirmó estos hallazgos (fig. 1B). La fibrobroncoscopia, esofagoscopia y estudio radiológico esofágico descartaron soluciones de continuidad con el mediastino. El electrocardiograma fue normal. Se cultivó *M. tuberculosis* en esputo y orina. Así mismo, se realizó el diagnóstico de candidiasis orofaríngeoesofágica. En la analítica general se apreciaba afectación de parámetros de función hepática que, junto con las adenopatías y las lesiones pulmonares, remitieron a los 2 meses de iniciar el tratamiento tuberculostático. El neumomediastino desapareció espontáneamente en pocos días.

El NMPE se produce por la rotura de los alveolos marginales que asientan sobre el intersticio perivascular y peribronquial. El aire disladera los tejidos hasta el hilio pulmonar desde donde se disemina por el mediastino<sup>1</sup>. El NMPE se asocia, por tanto, a situaciones que (a) aumentan la presión intraalveolar, durante la espiración, como la tos, vómitos y otras maniobras de Valsava (en el curso de crisis asmática y otras enfermedades pulmonares, cetoacidosis diabéticas, parto)<sup>3, 5-7</sup> o (b) disminuyen la presión intersticial durante maniobras inspiratorias bruscas o profundas (inhalación de cocaína)<sup>8</sup>. En la patogenia del NMPE puede estar involucrada la pérdida de elasticidad del tejido conjuntivo pulmonar que se observa en situaciones de desnutrición crónica<sup>9</sup>.

En el enfermo referido, es posible que la TB pulmonar y la desnutrición fueran factores predisponentes del NMPE. La tos probablemente actuó como desencadenante. En las revisiones más amplias sobre NMPE<sup>3, 5-7</sup> únicamente se han descrito 18 casos que presentaron una TB pulmonar asociada; en 17 de ellos, como en el paciente que comentamos, se trataba de una TB miliar. La aparición del SIDA ha condicionado un aumento en la incidencia de TB en adultos jóvenes que a menudo se presenta con signos radiológicos atípicos<sup>10</sup>. En la bibliografía revisada no hemos encontrado ningún caso de NMPE

en pacientes con SIDA y TB pulmonar. No podemos descartar que se trate de una asociación casual, pero las infecciones pulmonares y la desnutrición que a menudo sufren estos enfermos y la frecuente asociación de drogadicción por vía parenteral e "inhalatoria" pueden predisponer a esta población a padecer ciertas complicaciones como el NMPE.

**E. Casas, J. García Puig y A. González Sanz**  
Servicio de Medicina Interna Hospital La Paz, Madrid

1. Maunder RJ, Pierson DJ, Hudson LD. Subcutaneous and mediastinal emphysema: pathophysiology, diagnosis and management. Arch Intern Med 1984; 144: 1447-1453.
2. McMahon DJ. Spontaneous pneumomediastinum. Am J Surg 1976; 131: 550-551.
3. Bodey GP. Medical mediastinal emphysema. Ann Intern Med 1961; 54: 46-56.
4. Yellin A, Gapany M, Lieberman Y. Spontaneous pneumomediastinum: is it a rare cause of chest pain? Thorax 1983; 38: 383-385.
5. Munsell WP. Pneumomediastinum. A report of 28 cases and revision of the literature. JAMA 1967; 202: 129-133.
6. Richard M, Burgevin G, Richard H, Racineus JL, Fresneau M. Le pneumomédiastin spontané de l'adulte. Nouv Presse Med 1978; 7: 1925-1928.
7. Vidal Marsal F, González Olivella J, Nualart Berbel L et al. Neumomediastino espontáneo del adulto. Presentación de trece casos y revisión de la literatura. Med Clin 1984; 82: 797-802.
8. Conget F, Bello S, Vilá M, Duce F. Neumomediastino espontáneo y anorexia nerviosa. Med Clin 1986; 86: 610.
9. Barbera Mir JA, Vallejo Galvete J, Velo Plaza M, Avilés Inglés MJ, Ocon Alonso E, Lahoz Navarro F. Spontaneous pneumomediastinum after cocaine inhalation. Respiration 1986; 50: 230-232.
10. Pitchenik AE, Rubinson HA. The radiographic appearance of tuberculosis in patients with the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and pre-AIDS. Am Rev Respir Dis 1985; 131: 393-396.