

Dolor cervical como presentación de neumomediastino espontáneo en urgencia pediátrica. Caso clínico

Miguel Guzmán N.⁽¹⁾, Gabriela Osses M.⁽²⁾

⁽¹⁾*Servicio de Urgencia Infantil, HCUCH.*

⁽²⁾*Programa Ayudante Alumno. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.*

SUMMARY

Spontaneous Pneumomediastinum is a rare clinical situation in pediatric emergency services, sometimes it presents with guiding symptoms, but in other occasions in a very nonspecific way. Definitely, needs to be highly suspected, emphasizing in the anamnesis the antecedent of intense physical exercise before the development of the triggering symptoms that determinates the consult, generally having a good evolution that gets solved in 3-4 days. There is a pediatric clinical case presented, that permits us to discuss the more relevant aspects of the clinical presentation, diagnosis methods and the updated management, in pediatric emergency services.

Fecha recepción: mayo 2016 | Fecha aceptación: julio 2016

INTRODUCCIÓN

El neumomediastino se define como la presencia de aire en el espacio mediastínico, procedente de bronquios, alveolos o de una ruptura esofágica, que viaja a través de las vainas vasculares y los planos tisulares hacia este espacio y puede ser clasificado como espontáneo o traumático.

El neumomediastino espontáneo (NME) fue descrito por Louis Hamman en 1939 como “enfisema mediastínico espontáneo”⁽¹⁾. Se presenta sin relación a trauma torácico, procedimientos traqueo-

bronquiales o esofágicos, ventilación mecánica, cateterización cardiaca ni cirugía torácica.

Es una enfermedad de evolución generalmente benigna, de incidencia muy variable, su manejo es conservador y su recurrencia es baja⁽⁶⁻⁹⁾.

Se presenta el caso de NME que consulta por un motivo poco frecuente que fue atendido en el Servicio de Urgencia Infantil (SUI) del Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH). Se describen las características clínicas, radiológicas, el manejo, la evolución y finalmente se realiza una discusión y actualización del tema.

CASO

Escolar de 10 años 8 meses, género masculino. Consulta en SUI HCUCH el día 12/12/2013 por dolor y rigidez cervical, odinofagia y decaimiento, de aparición insidiosa durante el día que se intensifica durante la madrugada. Al ingreso el paciente está decaído con los siguientes signos vitales: FC: 93 lpm, PAS: 119 mmHg/ PAD 81 mmHg, T° axilar 37.2°C, Sat de O₂ de 99%.

Examen físico destaca faringe sin lesión. Cuello se presenta sin adenopatías, músculos esternocleidomastoideos sensibles a la palpación en forma bilateral y dolor a la compresión en región de la nuca. Tórax simétrico sin alteraciones. Examen cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Resto de examen físico, normal.

Por hallazgos clínicos se planteó tortícolis cervical traumática y se solicitó radiografía cervical anterior-posterior y lateral. Se administró analgesia EV, con lo cual cede el dolor. Por buena respuesta a tratamiento y estabilidad clínica, se indica alta y control en 8 horas para evaluar exámenes y evolución del dolor.

Segunda evaluación en SUI (8 horas después)

Paciente con menos dolor. Se encuentra activo, cooperador, con piel pálida, sin lesiones.

Examen físico: se palpa a nivel cervical crepitaciones subcutáneas en las regiones esternocleidomastoideas y supraclaviculares bilateral, no se palpan masas ni adenopatías. Sin alteraciones de la movilidad cervical. Faringe y amígdalas sin lesiones. A la auscultación pulmonar, el murmullo se presenta simétrico hasta las bases, no se encuentran ruidos agregados y percusión con sonoridad conservada. Resto del examen físico sin alteraciones.

Se analiza radiografía cervical simple AP/L (Figura 1), la cual muestra imágenes aéreas bilaterales en ambas proyecciones. Ante este hallazgo y los del examen físico, se sospecha de un NME y se solicita radiografía de tórax para confirmar diagnóstico (Figura 2).

Se confirma el diagnóstico de neumomediastino espontáneo (NME). Dada la estabilidad clínica, se indica manejo ambulatorio, con reposo en domicilio sin actividad física de ningún tipo, AINE

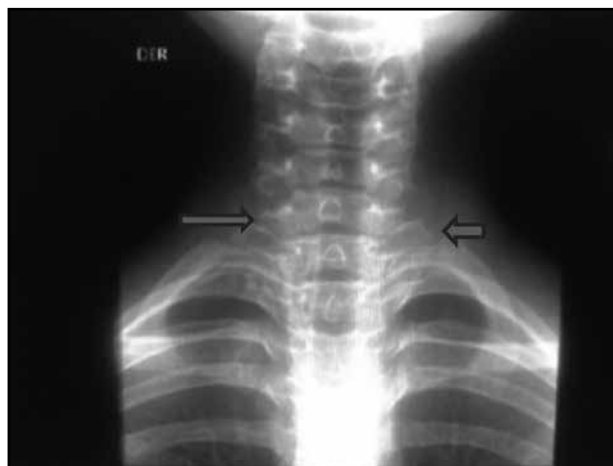


Figura 1. Aire en el espacio retrofaríngeo (flechas) y espacio retrofaríngeo radiolúcido. Además presencia de aire subcutáneo a nivel cervical.

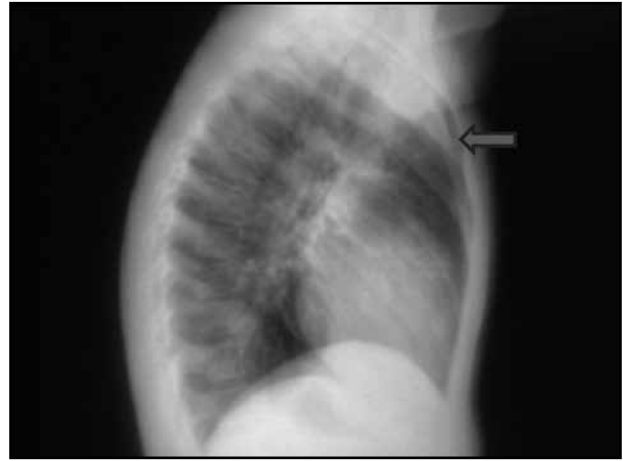
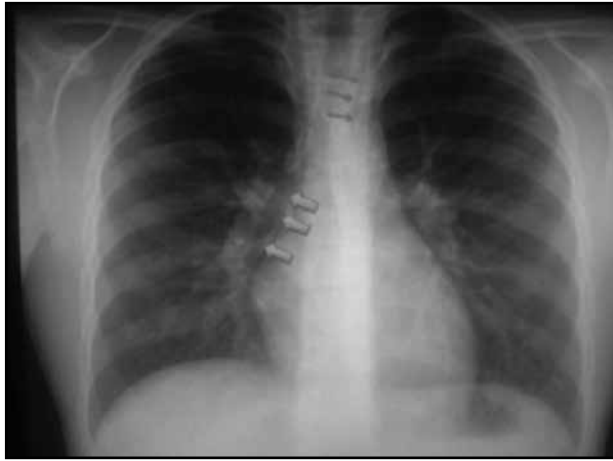


Figura 2. Líneas pequeñas de aire adyacente a troncos supraaórticos: signo de la arteria tubular. Líneas grandes: definición de la pared de los bronquios, signo de la doble pared bronquial. Presencia de aire a nivel retroesternal.

en caso de dolor y control en 72 horas o antes si presenta dificultad respiratoria.

En control el día 16/12/2013, el paciente se encuentra sin dolor cervical, ni torácico, con examen físico sin hallazgos.

Se le realiza radiografía de tórax frontal, la cual muestra disminución de signos de neumomediastino respecto de la anterior.

DISCUSIÓN

El neumomediastino espontáneo es una rara condición en Pediatría. En el ámbito hospitalario supone un 0,06% de los ingresos en un servicio de Pediatría⁽³⁾. Visto como motivo de consulta en Urgencia, su presentación varía de 1 en 800 a 1 en 42.000 consultas⁽⁴⁾. Algunos autores describen una incidencia bimodal a la edad de 7 años y después entre 13-15 años⁽⁸⁾. Se reconoce además un primer *peak* de aparición en el grupo de 6 meses a 3 años debido a infecciones respiratorias⁽⁹⁾.

Las causas más frecuentes en niños son las exacerbaciones de asma (59-75%), infecciones respiratorias (16-28%), presencia de cuerpo extraño en las vías aéreas, inhalación de drogas, ejercicio físico (nata-

ción, tenis, etc.), deglución forzada y aquellas enfermedades o situaciones que predisponen a la realización de maniobras de valsalva (tos, vómitos)⁽³⁾.

En una revisión de NME, los síntomas de presentación más frecuentes fueron dolor torácico, disnea, odinofagia, enfisema subcutáneo y cervicalgia⁽⁵⁻⁷⁾. En el caso clínico presentado no existía antecedente de asma, ni tampoco el niño estaba cursando un cuadro respiratorio, sólo en la interrogación dirigida se encontró el antecedente de ejercicio intenso (piscina y tenis) durante la tarde, previo a la instalación del dolor cervical. Este antecedente permitió plantear la posibilidad de un NME. En el diagnóstico diferencial de dolor cervical de instalación aguda debe considerarse torticolis muscular, adenitis de cadena ganglionar cervical posterior, esguince cervical e infección bacteriana subcutánea.

El enfisema subcutáneo es uno de los hallazgos clásicamente descritos y probablemente se trate del hallazgo más sensible, aunque poco específico⁽⁵⁻⁷⁾. Este signo pudimos encontrarlo en la evaluación de control, ya que en la primera consulta no se encontraba presente. El signo de Hamman, crepitación sincrónica con el latido cardíaco a la aus-

cultación es también muy sugerente, aunque poco frecuente⁽¹³⁾.

La radiografía de tórax es el examen diagnóstico y debe realizarse como estudio inicial ante la sospecha de NME, ya que permite confirmar la presencia de aire en mediastino y a nivel subcutáneo⁽⁷⁾. En ella podemos observar signos radiológicos variados como el signo de la arteria tubular, los signos del diafragma continuo, la V de nacleiro, presencia de aire a nivel subcutáneo o en región retroesternal. Frente a alguna duda se puede realizar un TAC de tórax que es más sensible y más específico; sin embargo, debe considerarse el costo e irradiación, algo no menor en los niños. Existe una revisión de los métodos exploratorios complementarios en una serie publicada por Chapdelaine *et al*⁽²⁻⁷⁾, donde se concluye lo innecesario de otra exploración imagenológica en niños que no sea la radiografía simple de tórax para establecer el diagnóstico.

El manejo consiste en reposo de actividad física para evitar un posible aumento del escape aéreo. Analgesia con AINE convencional, paracetamol o ibuprofeno, y la evitación de maniobras de valsalva. La resolución suele darse en 3 a 5 días. La recurrencia es rara, inferior al 5%⁽⁶⁾. En el caso que presentamos, debido a las buenas condiciones clínicas al momento del diagnóstico, se decidió manejo en forma ambulatoria, con AINE para el dolor y con suspensión de actividad física y control en 2 semanas, lo cual nos permitió un seguimiento para determinar presencia de alguna complicación: lo que no ocurrió, presentando mejoría completa del dolor cervical durante la primera semana de evolución y desaparición de los signos del examen físico y de la radiografía de tórax. Es importante destacar que

desde la presencia del dolor cervical hasta la aparición del enfisema subcutáneo torácico y cervical pasaron sólo 8 horas, y en el control a las 72 horas no existía clínica ni signos radiológicos de NME.

CONCLUSIÓN

El NME es una patología infrecuente en la consulta de Urgencia, debido a que muchas veces pasa desapercibida. Se deben tener presente los factores de riesgo del paciente que nos pueden llevar a una orientación diagnóstica, además de considerar que es rara la presentación con dificultad respiratoria.

Muchas veces el diagnóstico inicial es difícil por lo inespecífico de los síntomas, requiere realizar un examen clínico muy acucioso. Los síntomas típicos son dolor torácico y odinofagia; sin embargo, hay presentaciones menos típicas en las cuales se debe mantener un alto índice de sospecha, sobre todo ante un paciente que refiere sólo dolor cervical en el que no se encuentre una explicación para dicho síntoma; se debe descartar la presencia de neumomediastino como causa.

Como examen complementario se debe solicitar radiografía de tórax AP y L, que es suficiente para confirmación diagnóstica. Frente a dudas debemos plantearnos la posibilidad de solicitar un TAC. La evolución generalmente es benigna y el manejo más recomendado es reposo sin actividad física por periodo variable, dos semanas, y AINE para manejo de dolor por 5 días.

Se debe reevaluar el paciente en el mediano plazo: dos semanas, para observar evolución y confirmar a los padres el alta médica.

REFERENCIAS

1. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. Bull Johns Hopkins Hosp 1939;64:1-21.
2. Chapdelaine J, Beaunoyer M, Daigneault P, Bérubé D, Bütter A, Ouimet A *et al.* Spontaneous Pneumomediastinum: are we overinvestigating? J Pediatr Surg 2004;39:681-4.
3. Godoy L, Morilla L, Iramain V, Pavlicich V. Presentación en la emergencia de un niño con neumomediastino espontáneo. Pediatr (Asunción) 2011;38:49-52.
4. Ovalle P, Arce J. Neumomediastino espontáneo: enfisema retrofaríngeo forma de presentación no habitual. Rev Chil Radiol 2005;11:116-21.
5. Caceres M, Ali S, Braud R, Weiman D, Garrett E. Spontaneous Pneumomediastinum: a comparative study and review of the literature. Ann Thorac Surg 2008;86:962-6.
6. Gerazounis M, Athanassiadi K, Kalantzi N, Moustardas M. Spontaneous pneumomediastinum: A rare benign entity. J Thoracic Cardio Surg 2003;126:774-6.
7. Takada K, Matsumoto S, Hiramatsu T, Kojima E, Watanabe H, Sizu M *et al.* Management of spontaneous pneumomediastinum based on clinical experience of 25 cases. Respir Med 2008;102:1329-34.
8. Lee C, Wu C, Lin C. Etiologies of spontaneous pneumomediastinum in children in middle Taiwan. Pediatr Pulm 2010;45:869-73.
9. Chalumeau M, Le Clainche L, Sayeg N, Sannier N, Michel JI, Marianowsky R *et al.* Spontaneous pneumomediastinum in children. Pediatric Pulmonology 2001;31:67-75.
10. Hernández J, Merlo J, Gordillo M. Neumomediastino espontáneo en un adolescente. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2012;19:137-9.
11. Macías D, García M, González A, Maniega M, García I, García M. Neumomediastino espontáneo en Urgencias. Emergencias 1999;11:438-41.
12. Zylac C, Standen J, Barnes G, Zylac C. Pneumomediastinum Revisited Radiographics 2000;20.
13. Álvarez C, Jadue A, Rojas F, Cerda C, Ramírez M, Cornejo C. Neumomediastino espontáneo (síndrome de Hamman): una enfermedad benigna mal diagnosticada. Rev Méd Chile 2009;137:1045-50.

CORRESPONDENCIA

Dr. Miguel Guzmán Núñez
Servicio de Urgencia Infantil
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
Fono: 562 2978 8170
E-mail: mguzmann@hcuch.cl

