

Neumomediastino posterior a la práctica deportiva

Autores: Hugo Karlen, Marcela Heres

Fundación Sanatorio Güemes - CABA - Argentina

Correspondencia:

Hugo Karlen
Domicilio postal: 42, N° 707, piso 1° D. CP B1902AHC.
La Plata
Tel.: 0221- 5957055
e-mail: hugokarlen@hotmail.com

Recibido: 24.09.2015
Aceptado: 01.12.2015

Caso clínico

Presentamos un varón de 25 años, sin antecedentes patológicos, consulta por rinolalia y dolor retroesternal de una hora de evolución, posterior a traumatismo de tórax jugando al fútbol. En el examen físico, murmullo vesicular sin ruidos agregados, finas crepitaciones a la palpación de fosas supraclaviculares y cuello, Sat.O₂ 98% (0.21). La radiografía (Rx) de tórax en inspiración y espiración forzada (Figuras 1 y 2) muestra enfisema subcutáneo, en región de mediastino “signo de la doble pared bronquial” y pleura mediastinal visible, características de neumomediastino. La Rx de tórax a las 24 hs. no evidencia progresión del cuadro y se resuelve espontáneamente en el curso de una semana.

Discusión

El neumomediastino (NM) define la presencia de aire en el mediastino¹⁻³. Puede ser espontáneo

o secundario a trauma, infecciones, ruptura de la vía aérea o digestiva^{1, 3}. Es una complicación extremadamente rara de la práctica deportiva de alta intensidad y existen pocos casos relatados en la literatura⁴. Aunque el trauma torácico cerrado (TTC) es el mecanismo más común de lesión, ocurre hasta en el 10% de pacientes con traumatismo torácico y cervical severo, la mayor prevalencia se da en víctimas de accidentes de tránsito. Menos de 2% de las injurias torácicas están relacionadas con la práctica deportiva⁵. El mecanismo más común resulta del “efecto de Macklin”,^{3,4} aumento brusco de la presión intralveolar con ruptura de su pared, el aire discurre a través de las vainas peribronquiales y perivasculares al mediastino^{1,3,6}.

Es más frecuente en jóvenes, varones (70%) con historia de asma^{1,6}. El dolor retro-esternal, tos y disnea se presentan frecuentemente^{1,3}. El enfisema subcutáneo (ES), rinolalia y ronquera, son los principales hallazgos¹.

Los signos en la Rx incluyen pleura mediastinal visible, doble pared bronquial (Figura 2), “signo del

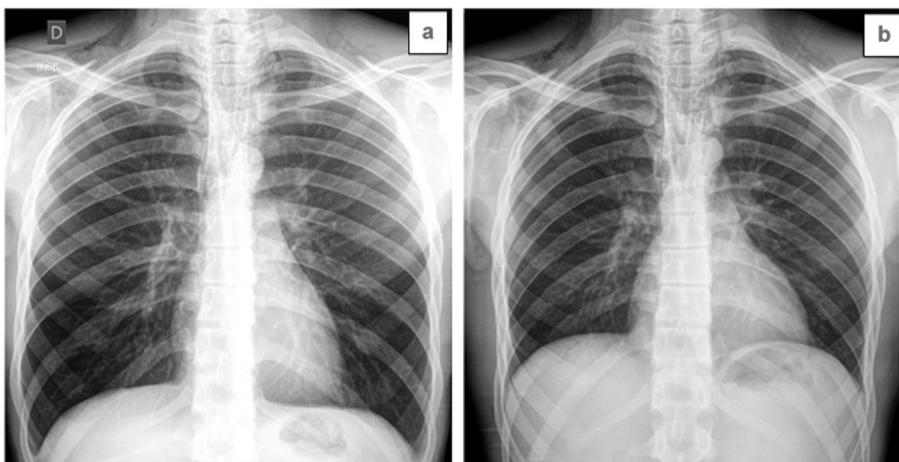


Figura 1. Rx de tórax en inspiración (a) y espiración forzada (b).

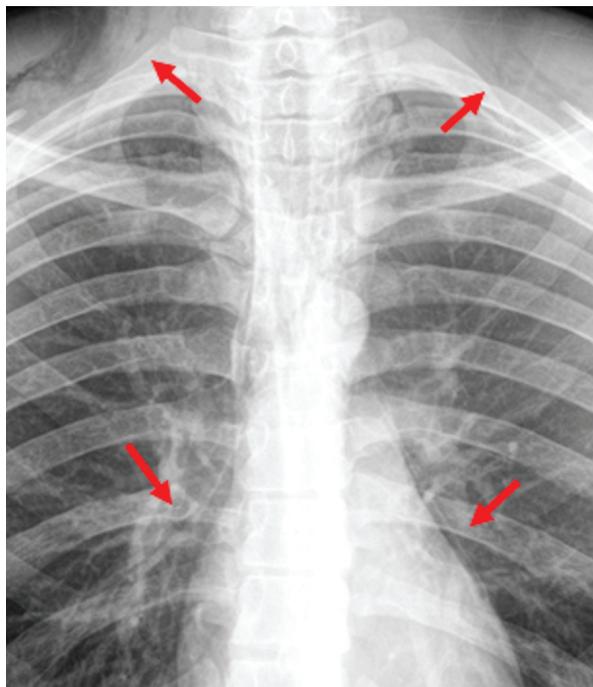


Figura 2. Rx de tórax: enfisema subcutáneo, pleura mediastinal visible y doble pared bronquial.

anillo” alrededor de la arteria pulmonar y enfisema subcutáneo¹⁻³. Otras imágenes características son diafragma continuo, imagen aérea lateral a la columna vertebral o hemidiafragma, y elevación del timo causada por el aire debajo de la glándula en niños^{1,2}. El diagnóstico se confirma con Rx de tórax anteroposterior, en el 25% al 90% de los casos, según la serie analizada^{1,3,6}. Neumotórax concomitante se encuentra en el 40% de los pacientes^{1,6}.

En la serie Cáceres y col. de 74 pacientes, 46 eran secundarios y el resto espontáneos. En el primer grupo el rédito diagnóstico en la Rx fue menor (47%

vs 69%) y el rango de edad mayor (39 vs 27 años), debido a las causas subyacentes (TTC, sepsis, perforación esofágica). A su vez, tienen asociación con neumotórax y derrame pleural más frecuente, internación más prolongada y mayor mortalidad³.

En la única serie publicada de NM asociado a la práctica deportiva y que incluyó solamente 10 casos, el dolor torácico fue el síntoma más común (90%) junto al hallazgo de ES (90%)⁵. Todos los pacientes fueron tratados en forma conservadora y, como en nuestro paciente, la resolución completa tuvo lugar en 3 a 8 días⁵.

Este caso remarca la necesidad de pensar en esta complicación ante la presencia de dolor torácico en un deportista, pero también que el NM después de actividades deportivas es una enfermedad benigna.

Conflictos de interés: Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses relacionados con el tema de esta publicación.

Bibliografía

1. Kouritas V, Papagiannopoulos K, Lazaridis G et al. Pneumomediastinum. *J Thorac Dis* 2015; 7(1): S44-S49.
2. Zylak C, Standen J, Barnes G et al. Pneumomediastinum Revisited. *RadioGraphics* 2000; 20: 1043-1057.
3. Cáceres M, Ali S, Braud R et al. Spontaneous Pneumomediastinum: A Comparative Study and Review of the Literature. *Ann Thorac Surg* 2008; 86: 962-6.
4. Vanzo V, Bugin S, Snijders D et al. Pneumomediastinum and pneumopericardium in an 11-year-old rugby player: a case report. *J Athl Train* 2013; 48(2): 277-81.
5. Mihos P, Potaris K, Gakidis I et al. Sports-related spontaneous pneumomediastinum. *Ann Thorac Surg* 2004; 78(3): 983-6.
6. Chouliaras K, Bench E, Talving P et al. Pneumomediastinum following blunt trauma: Worth an exhaustive workup? *J Trauma Acute Care Surg* 2015; 79: 188-193.