

NEUMOMEDIASTINO SECUNDARIO A TRAUMATISMO TORÁCICO POR BALÓN DE FÚTBOL

E. Moya-Sánchez, J. García-Espinosa, A. Martínez-Martínez.

Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada.

Sr Director:

El neumomediastino puede presentar varios orígenes, siendo su causa más frecuente la ruptura alveolar por aumento de presión tras traumatismo torácico cerrado.

Presentamos el caso de un varón de 16 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por presentar dolor torácico, disnea y sensación de ocupación cervical tras traumatismo torácico por balón de fútbol.

A la exploración física destacó la presencia de crepitación subcutánea, principalmente en hemitórax superior y región cervical. Se realizó radiografía simple posteroanterior (Fig. 1A) y lateral (no presentada), que mostró signos de neumomediastino, manifestados por líneas radiolúcidas que bordean el mediastino¹ (flechas blancas Fig. 1A). Es frecuente encontrar una hiperlucencia paralela a la silueta cardíaca izquierda con una fina línea radiodensa, que traduce la pleura parietal desplegada por aire (flecha hueca Fig. 1A). La radiografía simple reveló otros signos de neumomediastino, como el del diafragma continuo², que consiste en la visualización de aire entre la silueta cardíaca y el diafragma, los cuales, en condiciones normales, presentan signo de la silueta (flecha amarilla Fig. 1A).

La tomografía computarizada de tórax (Fig. 1B), confirmó el neumomediastino (flecha amarilla en Fig. 1B), con enfisema de partes blandas (flecha hueca en Fig. 1B) y mínimo neumotórax (cabeza de flecha en Fig. 1B), sin evidencia de lesión directa de la vía aérea.

El mediastino se define como el espacio extrapleural localizado entre ambos pulmones, limitado anteriormente por el esternón y posteriormente por las vértebras dorsales. Su límite superior es el opérculo torácico y el inferior el diafragma.

El aire en el interior del mediastino puede tener diversos orígenes debido a esta situación anatómica, que puede ser intratorácico (tráquea y bronquios principales, esófago, pulmón y espacio pleural) y extratorácico (cabeza y cuello o peritoneo y retroperitoneo)².

La causa más frecuente de neumomediastino es la ruptura alveolar secundaria a aumento de presión intraalveolar (traumatismos cerrados) o lesión directa de la pared del alveolo^{1,3}.

La TC de tórax es el método más sensible para su diagnóstico. Es de utilidad para definir su etiología y extensión, siendo la prueba de elección ante la sospecha de neumomediastino a tensión⁴. Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras patologías que presentan una semiología radiológica similar, como son el neumotórax y el neumopericardio⁵.

En conclusión, podemos encontrar aire ectópico en el mediastino tras un traumatismo cerrado sin lesión evidente de vía aérea, debido al aumento de presión intraalveolar. La radiografía simple es importante para el diagnóstico, identificando signos radiológicos típicos mientras que la TC de tórax es de utilidad para confirmar el diagnóstico y filiar su etiología.

Recibido: 24 de julio de 2016. Aceptado: 24 de septiembre de 2016.

Alberto Martínez Martínez
alberto.martinez.martinez@outlook.es

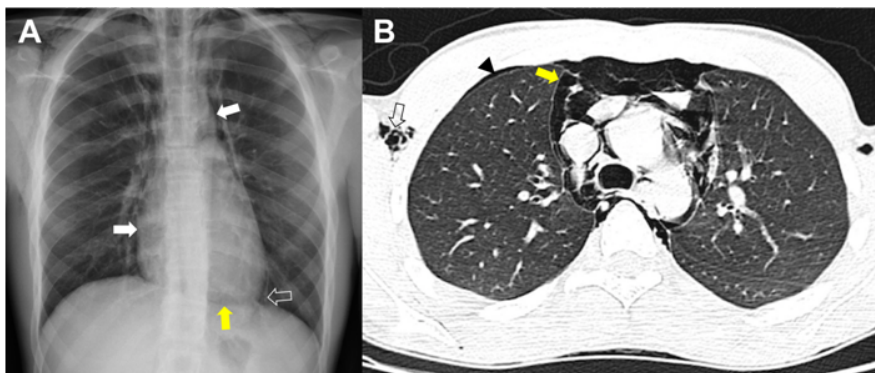


Figura 1. A. Radiografía de tórax con proyección PA, en donde se aprecian líneas radiolúcidas que ocasionan una mejor definición de las estructuras mediastínicas (flechas blancas), despegamiento de la pleura parietal (flecha hueca) y signo del diafragma continuo (flecha amarilla) secundarios a neumomediastino.

Figura 1.B. Imágenes de TC con ventana pulmonar, donde se aprecia gas disecando las estructuras mediastínicas (flecha amarilla), enfisema de partes blandas (flecha hueca) y mínimo neumotórax (punta de flecha negra).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bejvan SM, Godwin JD. Pneumomediastinum: old signs and new signs. *AJR Am J Roentgenol* 1996; 166 (5): 1041-8.
2. Zylak CM, Standen JR, Barnes GR et al. Pneumomediastinum revisited. *Radiographics* 2000; 20 (4): 2043-57.
3. Murayama S, Gibo S. Spontaneous pneumomediastinum and Macklin effect: Overview and appearance on computed tomography. *World J Radiol* 2014; 6 (11): 850-4.
4. Katabathina VS, Restrepo CS, Martínez-Jimenez S et al. Nonvascular, nontraumatic mediastinal emergencies in adults: a comprehensive review of imaging findings. *Radiographics* 2011; 31 (4): 1141-60.
5. Wicky S, Wintermark M, Schnyder P et al. Imaging of blunt chest trauma. *Eur Radiol* 2000; 10 (10): 1524-38.