

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS CoV-2 (COVID-19)

L. Tenorio Tomero, J. López Espejo, M.I. Padin Martín
Hospital Regional Universitario de Málaga.

Palabras clave : Covid-19, neumomediastino, complicación.

Keywords: COVID-19, pneumomediastinum, complication..

Varón de 79 años de edad que presenta como antecedentes personales hipertensión arterial, enfermedad por reflujo gastroesofágico y síndrome de apnea-hipopnea del sueño. Acude al servicio de urgencias con clínica de astenia y febrícula de cinco días de evolución, presentando en la auscultación respiratoria murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, sin ruidos patológicos añadidos. Ingresa en planta de aislamiento de medicina interna tras confirmar infección por SARS CoV-2 mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (“PCR”). Durante su estancia hospitalaria no se realizaron pruebas de imagen ni requirió soporte ventilatorio, siendo dado de alta a domicilio tras 48 horas de ingreso tras buena evolución clínica.

Transcurridos catorce días desde el alta, el paciente acude de nuevo al servicio de urgencias por aparición de disnea con aumento progresivo de la misma hasta hacerse de mínimos esfuerzos, acompañada de tos sin expectoración y febrícula en los últimos días. En la exploración física presenta una saturación de oxígeno basal medida por pulsioximetría de 82%, taquipnea y taquicardia, así como disminución del murmullo vesicular bilateral y sibilantes espiratorios a la auscultación.

Se realiza radiografía de tórax posteroanterior (*figura 1*) y lateral (*figura 2*), donde se objetivan consolidaciones parcheadas bilaterales de predominio periférico. Como complicación se aprecia neumomediastino espontáneo y enfisema subcutáneo en ambas regiones cervicales. Se completa estudio con TC de Tórax sin contraste intravenoso que confirma estos hallazgos (*figuras 3 y 4*)

Posteriormente, en el área de observación del servicio de urgencias, se inicia tratamiento con dexametasona, tocilizumab y aporte de oxigenoterapia con medidas convencionales con escasa respuesta clínica, por lo que se traslada a unidad de cuidados respiratorios Intermedios (UCRI) para inicio de ventilación mecánica no invasiva, tras ser desestimado para ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI). A las 24 horas de la entrada en este área se produce el éxitus del paciente por fracaso respiratorio.

El neumomediastino puede ser una complicación espontánea derivada de las neumonías graves por infección por este virus al causar un daño alveolar difuso que predispone a la rotura de los alveolos. Consecuentemente, se produce una fuga de aire que desde el intersticio peribroncovascular puede alcanzar el mediastino (neumomediastino) y extenderse al espacio pleural (neumotórax)

Hasta la fecha, apenas existen publicaciones que describan estas complicaciones espontáneas en los informes de radiografía simple y TC de tórax, siendo necesaria una vigilancia más estrecha de estos pacientes cuando aparezcan, por el riesgo que suponen de un posible peor curso de la enfermedad.

Recibido: 03.05.2020. Aceptado: 11.06.2020

Dr. Tenorio Tomero
itenoriot91@gmail.com.

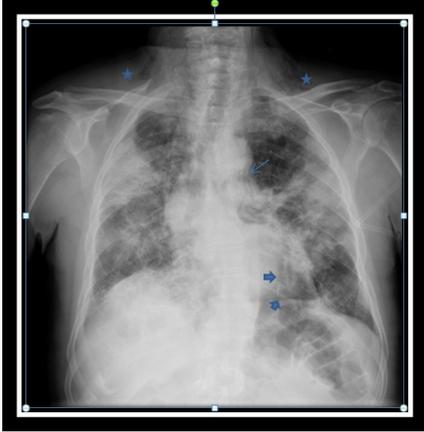


Figura 1: Radiografía Posteroanterior de Tórax. Consolidaciones parcheadas bilaterales, de predominio periférico. Destaca la presencia de áreas radiolucientes lineales en torno al botón aórtico (flecha azul fina) compatible con neumomediastino, siendo más visibles en RX lateral donde se objetivan bandas áreas lineales retroesternales. Se observan líneas radiolucientes en torno a la aorta descendente definiéndose el borde lateral izquierdo del mediastino inferior y el aire entre la pleural parietal y la parte medial del hemidiafragma izquierdo constituyéndose una morfología que recuerda a la letra “V” y que se denomina “signo de V de Naclerio (flechas azules gruesas) Asimismo, se aprecian burbujas aéreas extraluminales en las partes blandas de ambas regiones cervicales en relación con enfisema subcutáneo bilateral (estrellas azules).



Figura 2: Radiografía lateral de Tórax. Presencia de líneas radiolucientes retroesternales localizadas en mediastino anterior compatible con neumomediastino. Consolidaciones parcheadas bilaterales de predominio periférico.

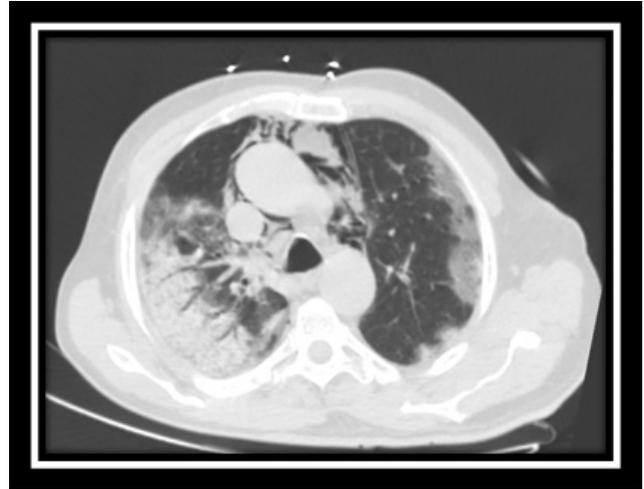


Figura 3: Tc de Tórax sin contraste intravenoso en plano axial: ventana pulmón. Se objetivan burbujas de aire extraluminales localizadas en mediastino anterior y en torno a los vasos principales, arco aórtico y vena cava superior en relación con neumomediastino. Consolidación periférica con broncograma aéreo en lóbulo superior derecho con opacidades en vidrio deslustrado adyacentes. Opacidades en vidrio deslustrado periféricas, alguna de ellas de morfología pseudonodular en lóbulo superior izquierdo. Todo ello debido a infección por SARS CoV-2 (Covid-19)

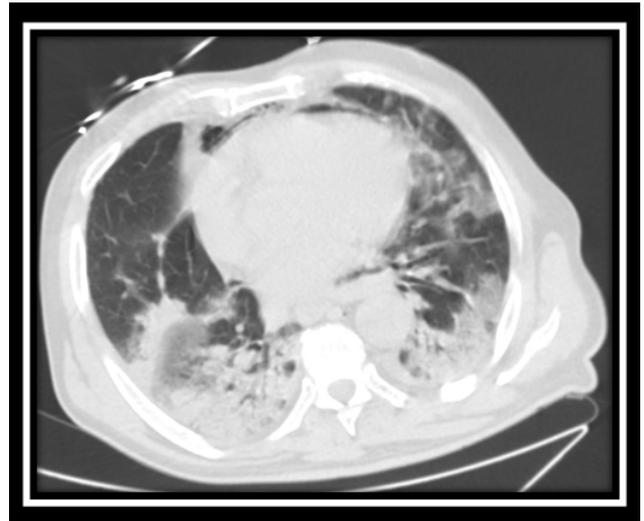


Figura 4: TC de Tórax sin contraste intravenoso en plano axial: ventana pulmón. Consolidaciones con broncograma aéreo de localización en ambas bases y de predominio periférico.

BIBLIOGRAFÍA

1. [Zhou C](#), [Gao C](#), [Xie Yet](#) al. Covid-19 with spontaneous pneumomediastinum. *Lancet Infect Dis.* 2020 Apr; 20(4): 510.
2. [Sun R](#), [Liu H](#), [Wang X](#).. Mediastinal Emphysema, Giant Bulla, and Pneumothorax Developed during the Course of COVID-19 Pneumonia. [Korean J Radiol.](#) 2020 Mar 20.
3. Jorge Alberto Carrillo Bayona et al. Neumomediastino. *Rev Colomb Neumol* 2013; 25 (1): 53-56.
4. Mariana Cottani. Signo de la V de Naclerio. *Revista Argentina de Radiología.* 2012; 76(3): 263.