

DESCRIPCIÓN DE 4 CASOS DE NEUMOMEDIASTINO EN PACIENTES CON COVID-19 EN EL HOSPITAL DE JEREZ DE LA FRONTERA

C. González Pérez, P. Muñoz Zara, J.G. Soto Campos.
Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Durante los meses de noviembre de 2020 y enero de 2021, tuvimos 4 casos de neumomediastino en pacientes con neumonía por SARS-COV-2 en nuestra unidad de cuidados respiratorios intermedios (denominada localmente como "NeumoCOVID").

Se trataron cuatro (4) pacientes con una edad media de 58 años, todos ellos varones. Ninguno tenía antecedentes de patología respiratoria previa y tan solo uno contaba con antecedente de ex-tabaquismo (IPA: 5 paq-año). Acudieron a nuestro hospital con un cuadro clínico consistente en fiebre y disnea de moderada intensidad, siendo este último el síntoma cardinal en todos los casos. Asimismo, dos de ellos habían presentado diarrea y tan solo uno había tenido tos. A su llegada a urgencias todos presentaban desaturación con mejoría tras la administración de oxígeno suplementario mediante mascarilla reservorio. En los cuatro se llevó a cabo una PCR para SARS-COV-2 en exudado nasofaríngeo (positiva), una analítica y una radiografía de tórax posteroanterior (PA) y lateral (LAT) en la que se evidenciaban múltiples infiltrados alveolo-intersticiales bilaterales. A su ingreso, en dos casos se realizó una angiotomografía computarizada (angio-TC) de tórax por elevación de los niveles de dímero-D (>60000), evidenciándose la presencia de neumomediastino en ambos y, en uno de ellos, tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral con datos de sobrecarga derecha. Durante el ingreso uno de los pacientes que había precisado oxígeno suplementario con alto flujo (ONAF), presentó como complicación un enfisema subcutáneo de inicio súbito, por lo que se suspendió la ONAF y se dejó mascarilla reservorio. La tomografía computarizada de tórax (TAC) evidenció la existencia de un neumomediastino sin neumotórax. En el otro paciente, se observó un neumomediastino al mes del inicio de la sintomatología por SARS-CoV-2, al realizar una TAC de tórax por mala evolución clínica.

En todos los pacientes la TAC de tórax mostró extensas consolidaciones alveolares, parcheadas, bilaterales. El tratamiento en todos ellos fue sintomático y conservador, presentando una evolución favorable y autolimitada.

Tabla 1: Características principales de los 4 pacientes con neumotórax espontáneo

SEXO	EDAD	FUMADOR	PATOLOGIAS	DIMERO D	SINTOMAS	APARICIÓN NEUMOMEDIASTINO
Varón	67	No	HTA	1364	Fiebre, tos disnea	Día + 16 síntomas
Varón	49	No	HTA	116919	Disnea	Día + 20 síntomas
Varón	62	No	HTA	423	Disnea	Día + 30 síntomas
Varón	54	Exfumador	HTA, sobrepeso	62963	Disnea, fiebre	Día + 20 síntomas

HTA: Hipertensión arterial sistémica.

El Neumomediastino Espontáneo (NE), o síndrome de Hamman es una entidad poco común, con una incidencia menor de 1:44.000, generalmente autolimitada y con un curso benigno.

Ocurre comúnmente en gente joven en la cual no consta una causa obvia por la que se ocasione la presencia de aire intersticial en el mediastino, sin existir una relación con patologías traumáticas, cirugías u otros procedimientos médicos, ni antecedente de ventilación mecánica invasiva. Esta entidad fue descrita por primera vez por Louis Hamman en 1939¹ y Macklin, quien describió su fisiopatología explicada a través de la ruptura de los alveolos, que permiten que el aire, a través del espacio intersticial del árbol traqueobronquial, realice una disección de estos planos y genere el enfisema en el mediastino.

Se describen algunas patologías y situaciones que predisponen a la aparición de NE como son el asma, la EPOC, la fibrosis quística, los accesos de tos, durante el parto, la defecación, las pruebas de función pulmonar, el uso de sustancias ilegales, el levantamiento de peso y otras condiciones que provoquen barotrauma ocasionado por maniobras de Valsalva.

Recibido: 28.06.2021 Aceptado: 19.08.2021

Dra. Catherine González Pérez
catherine3070@hotmail.com

Los síntomas más frecuentes descritos incluyen disnea en un 49%, tos en un 36%, dolor torácico en un 36% y disfagia en un 18%. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante pruebas de imagen. El estudio inicial en la valoración del paciente con sospecha de NE es la radiografía de tórax PA y LAT, en la que se evidencia en un 90% de los casos. Hasta en un 50% los casos de estos pueden pasar desapercibidos si sólo se realiza la proyección PA. La TC de tórax es más sensible y específica para la detección del NE, demostrando ser superior no solamente en el diagnóstico sino en la localización, extensión y en el diagnóstico diferencial, aconsejándose su realización en casos de sospecha de patología pulmonar subyacente²⁻⁴.

El tratamiento es conservador y consiste en reposo en cama, oxigenoterapia y analgésicos. Incluye, asimismo, el manejo de etiologías específicas como es el caso de cuadros asmáticos o infecciones. El período de resolución varía de siete a nueve días. La recurrencia se observa hasta en un 4% de los pacientes, y en el seguimiento a largo plazo no se han demostrado secuelas³.

En la literatura no son muchos los casos descritos de NE por SARS-CoV-2⁵⁻⁸, pero según lo descrito previamente y lo observado en nuestros pacientes, podemos concluir que la neumonía causada por SARS-CoV-2 aumenta la presión intraalveolar, secundario a un aumento de la resistencias y disminución de la elastancia pulmonar que genera un aumento del gradiente de presión alveolo-intersticial; identificamos algunos factores precipitantes, como la afectación pulmonar extensa, tos severa, signos de dificultad respiratoria o terapia con oxígeno de alto flujo y soporte ventilatorio. En definitiva, la complicación está relacionada con un daño y ruptura de la membrana alveolar, causada por la enfermedad, seguida de la disección del aire a través del espacio broncovascular hacia el mediastino.

El NE es una entidad muy rara y poco común y aún nos queda mucho por estudiar acerca de ella, sobre todo ahora que se han descrito algunos casos asociados a la infección por SARS-CoV-2, por ello nuestro objetivo ha sido describir los 4 casos que se han presentado en nuestro hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. Bull Johns Hopkins Hospital 1939; 64: 1-21.
2. Sahni S, Verma S, Grullon J et al. Spontaneous pneumomediastinum: Time for consensus. North Am J Med Sci 2013; 5: 460-4.
3. Michalis Gerazounis, Kalliopi Athanassiadi, Nikolitsa Kalantzi et al. Spontaneous pneumomediastinum: A rare benign entity. J Thorac Cardiovasc Surg 2003; Sep; 126(3): 774-126: 774-6.
4. Iyer VN, Joshi AY, Ryu JH. Spontaneous pneumomediastinum: analysis of 62 consecutive adult patients. Mayo Clin Proc 2009; 84: 417-21.
5. Mohan V, Tauseen RA. Spontaneous pneumomediastinum in COVID-19. BMJ Case Rep. 2020 May 25; 13(5): e236519.
6. Pereira MN, Blanco R, Areias V. Pneumomediastinum: An Uncommon Complication of COVID-19 Pneumonia. Archivos de Bronconeumología. 2021; 57 (S1): 68.
7. Collercandy N, Guillon A. Pneumomediastinum in critically ill adult with COVID-19. Med Intensiva. 2020.
8. Juárez-Lloclla JP, León-Jiménez F, Urquiaga-Calderón J, et al. Neumopericardio y neumomediastino espontáneo en doce pacientes con COVID-19. Arch Bronconeumología. 2021; 57(S1): 70-96.