



242/4088 - MÁS QUE UNA SIMPLE CRISIS ASMÁTICA

C. Marinero Noval^a, O. Casanueva Soler^b, M. Gordo Bravo^c y D. Cuetos Suárez^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. Asturias. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 21 años con antecedentes de asma, que acude a urgencias por presentar aumento de disnea, desde ayer, con dolor en región esternal con la respiración; tos escasa sin expectoración, afebril; odinofagia; desde hace varios días rinorrea acuosa. Hoy acudió a su C. de Salud administrándole Urbasón 80 y pautándole Zamene 30, azitromizina y Seretide. Como antecedente de interés, asma desde la infancia. Tras administración de cámara con broncodilatadores y corticoide sistémico el paciente refiere importante mejoría de la sensación disneica (SatO₂: 97% al alta), se encuentra afebril, decide entonces marcharse como alta voluntaria sin esperar a realizar Rx de tórax. Después de 7 horas acude de nuevo por urgencias por aumento de su disnea y dolor centrotorácico que aumenta con la respiración.

Exploración y pruebas complementarias: COC. Sat 98% con gafas a 2L. Afebril. Sin focalidad neurológica. CyC: crepitación a la palpación a nivel de ambos trapecios, y zona de clavículas. AC: RsCsRs a 120 lpm sin soplos. AP: RsRs disminuidos con sibilancias difusas y espiración alargada. Abdomen: anodino. Hemograma: Hb 16, Hto 46,7%, leucocitos 15.440 (N 93%, E0%), plaquetas 331.000. Bioquímica: glucosa no basal 139, urea 29, creatinina 0,86, Na 137, K 4,5, PCR 0,9. Gasometría arterial: pH: 7,44, pCO₂: 36 mmHg, pO₂: 49 mmHg. Bicarbonato: 24,5 mmol/L. CO₂ total: 25,6 mmol/L. SatO₂: 87%. ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm. Rx tórax: enfisema subcutáneo en tórax anterior y región cervical. Espirometría realizada en urgencias: FVC 286 ml (51%), FEV1 120 ml (25%), FEV1/FVC 42%. TC de tórax con CIV: grave neumomediastino con extenso enfisema en regiones parafaríngeas, cervicales, claviculoaxilares y paravertebrales con afectación bilateral.

Juicio clínico: Crisis asmática grave, de probable origen infeccioso. Neumomediastino espontáneo grave.

Diagnóstico diferencial: Neumonía intersticial. Insuficiencia cardiaca. Neoplasia no conocida. Taponamiento cardiaco. Miocarditis.

Comentario final: El neumomediastino es la presencia de aire o gas en el mediastino. Su etiología puede ser primaria (neumomediastino espontáneo) o secundaria (neumomediastino traumático) Su presentación clínica varía mucho de unas series a otras, sin que existan síntomas ni signos patognomónicos para su diagnóstico. En cuanto a su relación con antecedentes personales, hemos

encontrado asociación frecuente con afecciones pulmonares previas (asma y EPOC).

Bibliografía

1. <http://www.archbronconeumol.org>

Palabras clave: Asma. Disnea. Taquipnea.