



P-135 - FLEMÓN... ¿HASTA DÓNDE LLEGA LA INFLAMACIÓN?

L. Delgado Fernández^a, A. Blanco Mora^b, R. Mateos Ortega^c, E. Rodríguez Guerrero^c, C. Bellido Moyano^c y C. Moreno de Juan^d

^aCS Castro del Río. ^bCS de Cabra. ^cCS Lucena I. ^dCS Lucena II.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 24 años con antecedentes personales de síncope de repetición en estudio por Cardiología y fractura craneal con 10 años, que acude por algia hemifacial derecha junto con molestias cervicales ipsilaterales. Valorado en la noche previa por el Servicio de Urgencias donde se administra tratamiento empírico por flemón dentario con amoxicilina/clavulánico 1 g/12,5 mg e Ibuprofeno 600 mg/8 horas. Afebril en todo momento. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo, normohidratado y normoperfundido. A la palpación facial y cervical se objetiva crepitación en "pisada en nieve". AC: Tonos puros y rítmicos sin roces ni extratonos. AR: Murmullo vesicular conservado. Abdomen: anodino. Enviamos a hospital de referencia donde se solicita: Hemograma: sin alteraciones. Bioquímica: CK 428. Glucosa, sodio, potasio, LDH y creatinina normales. Radiografía cráneo-cervical: niveles aéreos presentes mezclados con densidad agua y hueso a nivel facial y cervical. Radiografía tórax: niveles aéreos a nivel de musculatura cervical bilateral. Se objetiva líneas localizadas de manera concéntrica a silueta cardíaca a ambos lados de la misma. TAC: enfisema subcutáneo cérvico-torácico posterior. Se confirma la existencia de un extenso neumomediastino anterior, medio y posterior, apreciándose aire en todos los compartimentos mediastínicos y disecando el pericardio. Pequeñas bullas subpleurales.

Juicio clínico: Neumomediastino.

Diagnóstico diferencial: Bocio intratorácico. Aneurisma aórtico. TBC. Mediastinitis aguda.

Comentario final: Es importante realizar una correcta anamnesis y exploración, atendiendo con interés a la presencia de infecciones u otras alteraciones en el periodo previo reciente de la enfermedad actual ya que nos pueden orientar a una complicación de ésta. La exploración del mismo modo nos puede mostrar información patognomónica de la misma y enfocar la petición de pruebas complementarias de manera eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kira K, Inokuchi R, Maehara H, Tagami S. Spontaneous pneumomediastinum. BMJ Case Rep. 2016.

2. Svedbrand C, Lange P, Nielsen K. Spontaneous mediastinal emphysema. *Ugeskr Laeger*. 2016;178(1).
3. Kim KS, Jeon HW, Moon Y, Kim YD, Ahn MI, Park JK, et al. Clinical experience of spontaneous pneumomediastinum: diagnosis and treatment. *J Thorac Dis*. 2015;7:1817-24.
4. Tobushi T, Hosokawa K, Matsumoto K, Kadokami T. Exercise-induced pneumomediastinum. *Int J Emerg Med*. 2015;8:43.
5. Takada K, Matsumoto S, Hiramatsu T, Kojima E, Shizu M, Okachi S, et al. Spontaneous pneumomediastinum: an algorithm for diagnosis and management. *Ther Adv Respir Dis*. 2009;3:301-7.