



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-628 - NEUMOMEDIASTINO Y NEUMOTÓRAX IPSILATERAL SECUNDARIO A ESTRANGULAMIENTO POR AGRESIÓN

Picardo Gomendio, María Dolores; González Sierra, Begoña; Díaz Candelas, Daniel Alejandro; Gorini, Ludovica; Medina Velasco, Aníbal Armando; García Amador, Cristina; Arteaga Peralta, Vladimir; de la Plaza Llamas, Roberto

Hospital Universitario De Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La estrangulación describe una forma de asfixia en la cual una presión externa ejercida sobre el cuello, comprime la vía aérea y los grandes vasos. En raras ocasiones, puede producir un barotrauma mediastínico o torácico. Se describe un caso de estrangulación asociado a neumomediastino y neumotórax y revisión de la literatura.

Caso clínico: Mujer de 20 años de edad sin antecedentes de interés acude a Urgencias por disnea y dolor inspiratorio tras sufrir una agresión con intento de estrangulación hace 6 horas. A la exploración física presenta TA 108/67 mmHg, saturación de oxígeno con FiO 0,21: 94%, a 20 rpm. Tórax móvil y simétrico y auscultación pulmonar sin hallazgos. Llamativo enfisema subcutáneo supra e infraclavicular derecho con crepitación y erosiones cutáneas. Arcos costales no dolorosos. No alteraciones neurológicas ni pérdida de consciencia. En la radiografía de tórax se observa enfisema supraclavicular y axilar derecho, pequeña cámara de neumotórax apical ipsilateral, y neumomediastino. En la tomografía computarizada (TC) cervicotorácica con contraste oral se aprecia un importante neumomediastino con extensión a partes blandas de región cervical, pectoral y axilar derecha. Leve neumotórax apical derecho. Bandas radiolucetas en bases y lóbulo medio que sugieren presencia de gas a nivel del intersticio pulmonar. No se observa fuga de contraste oral. Ingresa con oxigenoterapia y control radiológico mediante radiografía en 24 horas, sin objetivarse cambios. La paciente no presentó complicaciones durante el ingreso, por lo que fue dada de alta. Se realiza una búsqueda bibliográfica con fecha 24-09-2020, con Mesh terms: (Asphyxia and pneumothorax) y (hangman and asphyxia); se seleccionan 4 artículos tras descartar por título y abstract.

Discusión: La estrangulación describe una forma de asfixia al comprimir las estructuras blandas cervicales; esta puede ser manual, instrumentada o por ahorcamiento (esta última exige suspensión). Las lesiones más frecuentemente asociadas son las secundarias a compresión de las venas yugulares, que generan una obstrucción del retorno venoso produciendo anoxia y edema cerebral. El clásico síndrome de asfixia traumática se caracteriza por la aparición de lesiones cutaneomucosas como cianosis, hemorragias subconjuntivales o equimosis facial. Con menos frecuencia, se pueden asociar lesiones medulares. En ocasiones, las presiones generadas durante un esfuerzo inspiratorio e espiratorio importante en el contexto de un bloqueo de la vía aérea superior,

puede generar un barotrauma como neumotórax o neumomediastino, sin conllevar necesariamente lesión de la vía digestiva ni traqueobronquial en el TC. La reoxigenación debe ser una parte fundamental del tratamiento, sin embargo, esta debe ser cuidadosa; ya que estos pacientes puede agravar las lesiones pulmonares descritas, desencadenando un neumotórax a tensión. La gravedad depende de la duración e intensidad de la agresión, que además suponen un factor pronóstico. La presencia de lesiones asociadas son otro factor pronóstico a tener en cuenta. En caso de entrada en parada cardiorrespiratoria, el pronóstico es muy pobre, y la intubación oro-traqueal debe ser inmediata, antes de que la edematización de la vía aérea la dificulte o impida. Aunque la asociación no es frecuente, en la estrangulación debemos sospechar un barotrauma mediastínico o torácico.