



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 333/118 - NO UNA SIMPLE CRISIS ASMÁTICA

C. Marinero Noval<sup>1</sup>, R. Maye Soroa<sup>2</sup>, O. Casanueva Soler<sup>2</sup>, P. Iribarren Lorenzo<sup>3</sup>, M. Alonso Santiago<sup>2</sup>, R. Correa Gutiérrez<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Adjunto. Hospital Universitario Central de Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 21 años que acude a su MAP 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. Se le administra Metilprednisolona 80 y Deflazacort 30, Azitromizina y Salmeterol-Fluticasona inhalado. 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 (Sat O<sub>2</sub>: 97% al alta), se encuentra afebril, decide entonces marcharse como alta voluntaria sin esperar a realizar Rx de tórax recomendada. Después de 7 horas acude de nuevo a urgencias por aumento de su disnea y dolor centro torácico que aumenta con la respiración.

**Exploración y pruebas complementarias:** COC. Sat 90% 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. EEII: no edemas. Hemograma, bioquímica y coagulación: Normal. Gasometría arterial basal: pH: 7.44, pCO<sub>2</sub>: 36 mmHg, pO<sub>2</sub>: 49 mmHg, Bicarbonato: 24.5 mmol/L, CO<sub>2</sub> Total: 25.6 mmol/L, SatO<sub>2</sub>: 87%, ECG: RS a 120 lpm, Rx tórax: No condensaciones ni DP. Enfisema subcutáneo en tórax anterior y región cervical. Espirometría realizada en urgencias: FVC 286 ml (51%), FEV<sub>1</sub> 120 ml (25%), FEV<sub>1</sub>/FVC 42%. TC de tórax con CIV urgente: Severo neumomediastino con extenso enfisema en regiones parafaríngeas, cervicales, clavículoaxilares y paravertebrales con afectación bilateral.

**Juicio clínico:** Crisis asmática grave. Neumomediastino espontáneo severo. Insuficiencia respiratoria parcial

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía intersticial. Insuficiencia cardíaca. Neoplasia no conocida. Taponamiento cardíaco. Miocarditis.

**Comentario final:** El neumomediastino se define por la presencia de aire o gas en el mediastino. Su etiología puede ser primaria (neumomediastino espontáneo) o secundaria (neumomediastino traumático). Como factores desencadenantes se han descrito todos aquellos que contribuyen a un aumento del gradiente de presión alveolointersticial de forma no iatrogena. Su presentación clínica

varía mucho de unas series a otras, sin que existan síntomas ni signos patognomónicos para su diagnóstico. El neumomediastino espontáneo es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de aire en el espacio mediastínico sin que exista una causa traumática o quirúrgica previa. Su frecuencia se estima muy baja. En cuanto a su relación con antecedentes personales se ha encontrado asociación frecuente con afecciones pulmonares previas (asma y EPOC).

### **Bibliografía**

Luke LC, Ahee P. Spontaneous pneumomediastinum. Arch Emerg Med; 1992; 9: 250-3.

Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, Prescott A, Rutherford WF. Spontaneous pneumomediastinum: clinical and natural history. Ann Emerg Med, 1992; 21:1222-7.

**Palabras clave:** Asma, Disnea. Neumomediastino.