

FIEBRE Y DOLOR TORACICO, ¿SIEMPRE NEUMONIA?

Dra. Patricia Boned Blas / Dra. Begoña Gargallo Planas / Dra. Rocio Escriche Ros / Dra. Alicia Baguena Gracia
FEA del Servicio de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

RESUMEN

En un servicio de Urgencias es muy frecuente la coexistencia de fiebre y dolor tóraco, es importante el plantearnos distintas posibilidades diagnósticas para decidir pruebas complementarias y el mejor tratamiento para nuestro paciente.

PALABRAS CLAVE

Neumomediastino, Fiebre, Disnea

ABSTRACT

In an emergency service is very common the coexistence of fever and chest pain, it is important to consider different diagnostic possibilities to decide complementary tests and the best treatment for our patient.

KEY WORDS

Pneumomediastinum, Fever, Dyspnea

INTRODUCCION

El neumomediastino se define como la presencia de aire ó gas en el mediastino¹. El neumomediastino puede ser espontaneo (NME) en el 30% de los casos ó traumático. El NME puede ser primario, si no existe ninguna enfermedad pulmonar subyacente ó secundario cuando si la hay (como asma, EPOC y fibrosis quística)².

Fue descrito por primera vez por Hamman en 1939, es una patología poco frecuente, que afecta principalmente a hombres jóvenes predominantemente altos y delgados y mujeres embarazadas. El desencadenante más común son exacerbaciones agudas de asma (sobre todo en la edad pediátrica), vómitos, infecciones respiratorias, rotura de esófago e inhalación de cuerpo extraño.

CASO CLINICO

Se trata de un paciente varón de 15 años de edad, sin enfermedades importantes previas.

Acude a urgencias por presentar cuadro catarral de 15 días de evolución con fiebre de hasta 39º que se acompaña de dolor centrotorácico irradiado

a región interescapular y que aumenta con los cambios posturales y los movimientos respiratorios.

Se realiza Rx de tórax donde se objetiva imágenes lineales de densidad gaseosa en mediastino compatible con neumomediastino (Fig. 1 y Fig. 2).

Se realiza analítica de sangre a su ingreso: 12200 leucocitos (85% de neutrófilos) que se normalizan en nuevo control analítico al alta. Resto de analítica normal, gasometría normal con St O2 del 95%.

Se ingresa al paciente en planta dónde se realiza TAC torácico objetivando la presencia de gas en mediastino superior que diseca troncos supraaórticos y se extiende caudalmente disecando traquea y estructuras mediastínicas hasta mediastino medio. En nuestro caso se realizó TAC por persistencia de la fiebre a pesar de tratamiento antibiótico para descartar complicaciones (Fig. 3).

El paciente permanece 5 días hospitalizado permaneciendo afebril y presentando buena evolución, en nuevo control radiológico no se evidencian signos de neumomediastino por lo que se decide alta a domicilio completando antibioterapia.

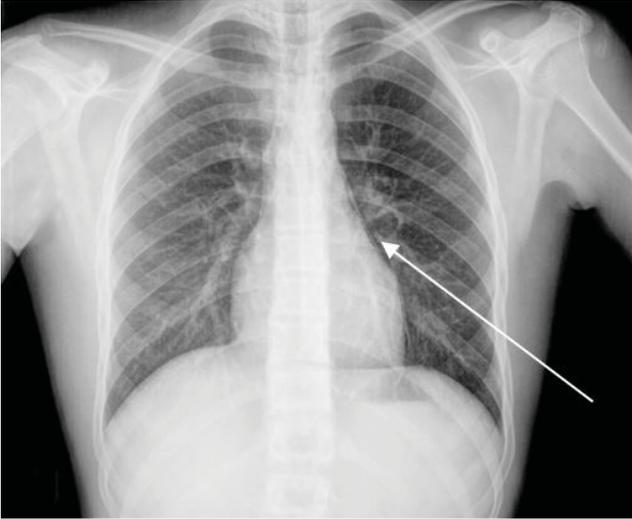


Fig. 1. Torax AP (Neumomediastino).

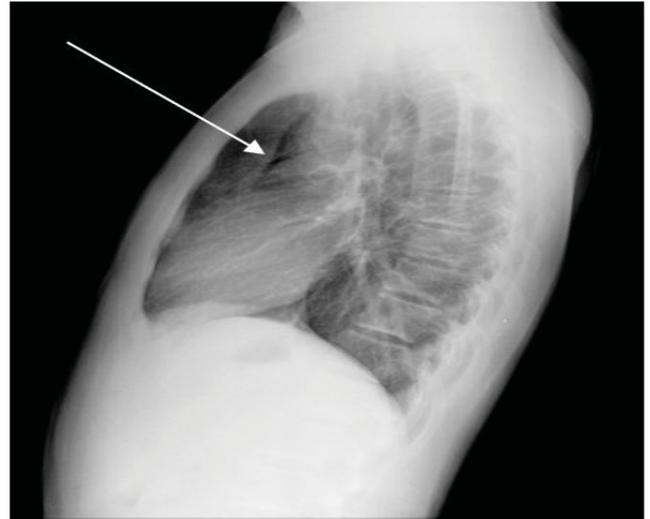


Fig. 2. Torax LAT (Neumomediastino).

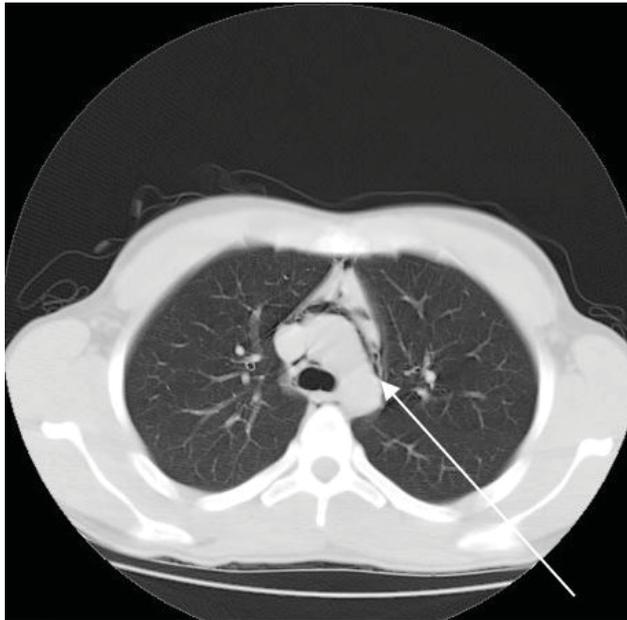


Fig. 3. TAC torácico (Neumomediastino)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial incluye el síndrome coronario agudo, pericarditis, neumotórax, tromboembolismo pulmonar, rotura del árbol traqueobronquial y síndrome de Boerhaave (perforación esofágica espontánea).

DISCUSION

La clínica de presentación es muy heterogénea, de ahí la importancia de sospecharlo siempre para poder hacer un rápido diagnóstico diferencial. El síntoma más común es el dolor torácico agudo retroesternal, opresivo, que aumenta con los movimientos respiratorios y se

irradia hacia cuello, hombro ó espalda.

Otros síntomas serán la disnea de intensidad variable, disfagia, odinofagia y es muy sugestiva la presencia de enfisema subcutáneo.

Los signos clínicos más comunes son el enfisema subcutáneo cervical (70%) y la crepitación sincrónica con el latido cardíaco (signo de Hamman)³.

Los pacientes con sospecha de NME deben ser evaluados con radiografía de tórax AP y lateral incluyendo la región cervical, donde encontraremos los hallazgos clásicos como el signo del diafragma continuo (aire entre pericardio y diafragma), neumopericardio (aire anterior al pericardio), y resalte de contorno cardíaco⁴. Otras técnicas de imagen como la tomografía axial computarizada solo está indicada ante pacientes con un importante compromiso respiratorio y/o hemodinámico, o ante la sospecha de perforación esofágica.

Las recidivas ocurren en un 30 a 50% de los NEP, y en un 80% de los casos se producen durante el primer año.

El tratamiento del NME no complicado es conservador con analgesia, reposo y evitando las maniobras que aumentan la presión pulmonar. Puede asociarse oxigenoterapia para favorecer la reabsorción aérea, aunque no es necesario si el paciente mantiene una adecuada oxigenación. El NME masivo puede complicarse produciendo un neumomediastino a tensión, pudiendo estar indicado el realizar mediastinotomía limitada⁵.

BIBLIOGRAFIA

1. F. G. Versteegh, I.A. Broeders. Spontaneous pneumothorax in children. Eur J Pediatr., 150 (1991), pp 304-307
2. Santiago Aguinaga IJ, Martínez-Bayarri Ubillos M. Neumomediastino espontáneo. Analisis de 16 casos. Emergencias, 12(2000) pp.321-5
3. Blanquer J, Chiner E, Nuñez C, Blanquer R, Muñoz J. neumomediastino espontáneo del adulto. Rev Clin Esp 1990; 187: 22-4, 1984; 144: 1447-53.
4. Martin MF, Hlaawastch A, Heussel CP, Schwanden F. The radiographic findings in pneumothorax. Value of conventional radiography and comparison with computerized tomography. Radiology, 39 (1997), pp.709-14.
5. Sanchez-Lloret J. Canto A, Borro Jm, Gimferrer JM. Diagnóstico y tratamiento del neumotórax. Arch Bronconeumol 1998; 34 Supl 3:24-30.