

DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN

Dra. Begoña Gargallo Planas / Dra. Patricia Boned Blas / Dra. Susana Martínez Delgado

Médico Adjunto Servicio Urgencias, Hospital Royo Villanova, Zaragoza

Paciente de 19 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por presentar desde hace 24 horas episodio de dolor centrotorácico opresivo el cual se inició de forma brusca mientras estaba en la cama si irradiación ni cortejo vegetativo asociado de características pleuríticas. La presencia del dolor no impidió un descanso nocturno adecuado pero ante la persistencia del mismo acude a urgencias. No relata cuadro catarral ni febril pero sí refiere episodio diarreico y dolor de garganta y cuello. El paciente se encuentra afebril y con constantes de TA, pulso y saturación dentro de la normalidad. La auscultación pulmonar no llama la atención al igual que la cardiaca. Dado que el paciente presentaba dolor de cuello y garganta se procede a la exploración del mismo y se objetiva sensación de crepitación a nivel de región supraclavicular derecha ausente en región supraclavicular izquierda. Ante dicha exploración se reinterroga al paciente por episodios de tos, náuseas, vómitos o traumatismos sobre la región torácica siendo negados por el paciente.

Se realiza ECG siendo el mismo normal con ritmo sinusal a 72 latidos por minuto y ante la sospecha de enfisema subcutáneo se solicita Rx de tórax confirmando la presencia de dicho enfisema y visualizando una línea que perfila el contorno cardiaco siendo indicativo de neumomediastino el cual es confirmado posteriormente con TAC torácico. No se llegó al diagnóstico del origen de dicho neumomediastino ya que tanto parénquima pulmonar como el tubo digestivo estaban íntegros. El paciente permaneció ingresado en observación y con control radiológico siendo dado de alta con resolución completa tanto del enfisema subcutáneo como el neumomediastino.

Una vez más la historia clínica y exploración son importantes en nuestro día a día puesto que el hecho de apreciar crepitación a nivel de región supraclavicular nos hizo sospechar la patología a la que nos podíamos estar enfrentando y aunque no es una causa frecuente de dolor torácico, debemos de tenerla presente y como tal llevar a cabo la exploración física correspondiente para llegar a la sospecha y posterior diagnóstico.



Fig. 1. Rx de tórax en la que se aprecia imagen de aire en región supraclavicular derecha y línea hipodensa que perfila toda la silueta cardiaca.

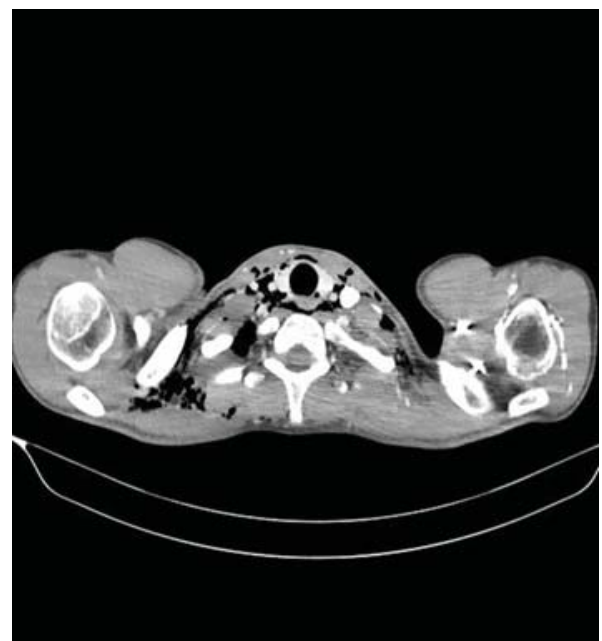


Fig. 2. Imagen de corte transversal de TAC torácico en el que se aprecia la distribución aérea entre el tejido celular subcutáneo y planos musculares.

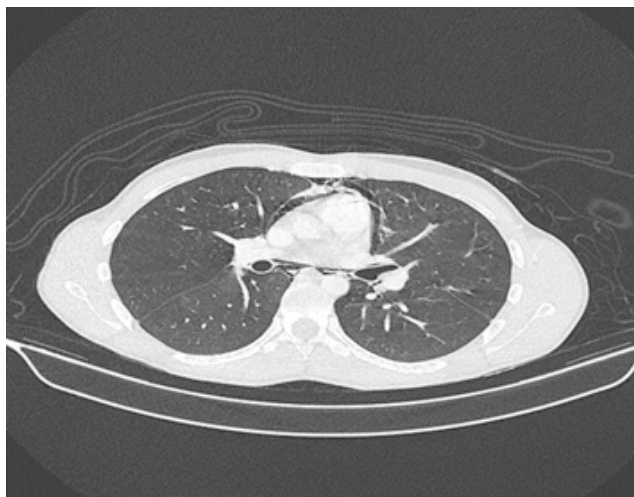


Fig. 3. Imagen de TAC torácico en el que se aprecia la línea aérea perfilando a toda la silueta cardiaca confirmando la presencia de neumomediastino.

BIBLIOGRAFIA

1. Neumomediastino espontáneo en niños. Chalumeau M 1, Le Clainche L, Sayeg N, Sannier N, Michel JL, Marianowski R, Jouvret P, Scheinmann P, de Blic J. *Pediatr Pulmonol*. 2001 Ene; 31 (1): 67-75.
2. Traumatismo cerrado en el tórax con neumomediastino y neumoperitoneo secundario al efecto Macklin. Reporte de un caso]. Carzolio-Trujillo HA, Navarro-Tovar F, Padilla-Gómez CI, Hernández-Martínez IA, Herrera-Enríquez J. *Cir cir*. 2016 septiembre-octubre; 84 (5): 409-14. doi: 10.1016/ j.circir.2015.05.055.
3. Neumomediastino y enfisema subcutáneo causado por la perforación del divertículo sigmoideo secundario a traumatismo abdominal cerrado: reporte de un caso. Yaşar NF, Kebapçı M, Ihtiyar E. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* . 2011 Ene; 17 (1): 93-5.
4. Neumomediastino espontáneo y enfisema subcutáneo en la exacerbación del asma: el efecto Macklin. Romero KJ, Trujillo MH. *Corazón del pulmón*. 2010 septiembre-octubre; 39 (5): 444-7. doi: 10.1016 / j.hrtlng.2009.10.0