

## Neumomediastino espontáneo en un paciente con cetoacidosis diabética: reporte de un caso



### Spontaneous Pneumomediastinum in a Patient With Diabetic Ketoacidosis

Sr. Director:

Descrito por Laennec en 1827<sup>1</sup>, el neumomediastino espontáneo (NE) comprende una entidad patológica poco frecuente, en la cual existe aire o gas dentro del mediastino. Presumiblemente se debe a la rotura alveolar secundaria al aumento brusco de la presión intraalveolar, disecando los tejidos a lo largo del espacio mediastinal con posibilidad de llegar al nivel subcutáneo cervical<sup>2</sup>.

Paciente masculino de 21 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus de tipo 1; inicia su enfermedad tras omisión de dosis de insulina NPH, presentaba malestar general acompañado de náusea y vómito en repetidas ocasiones, por ello acude al hospital, niega antecedente traumático.

En la exploración, presenta respiración de Kussmaul y crepitación subcutánea palpable en la región maxilar bilateral, el cuello y el tórax anterior hasta epigastrio, el tórax posterior hasta vértebra torácica 6 y los brazos hasta el tercio distal; osmolaridad plasmática de 280 mOsm/l, déficit de agua de 10 l. Glucosa 530 mg/dl, sodio 135 mmol/l, potasio 3 mmol/l, cloro 109 mmol/l. Gasometría arterial con pH 7,2, pCO<sub>2</sub> 35 mmHg, pO<sub>2</sub> 80 mmhg, HCO<sub>3</sub> 9mEq/l, exceso de base -18 U, examen general de orina: cetonas 80 mg y glucosuria 300 mg/l

Estudio radiológico de tórax, que muestra presencia de aire en la región cervical y el tórax anterior. El esofagograma descartó la posibilidad de lesión esofágica (fig. 1).

Se controla al paciente mediante hidratación e insulina, estabilizándose tras 24 h de manejo. Disminuyó la extensión del enfisema subcutáneo con manejo conservador; egresó tras 5 días

de tratamiento, con revaloración 15 días después, encontrándose resolución completa del enfisema subcutáneo y del NE.

Los trabajos disponibles coinciden en sus resultados: mayor incidencia en género masculino (3:1) con edad promedio de 20 años. El principal síntoma es el dolor torácico seguido de dolor cervical, disnea y dolor faríngeo; la principal manifestación clínica es el enfisema subcutáneo. Generalmente, coincide que el estudio radiológico de tórax es suficiente para integrar el diagnóstico; sin embargo, se puede emplear tomografía, radiografía de cuello o esofagograma con medio de contraste cuando se desee descartar otra alteración. La recurrencia de NE se considera nula, aunque existen reportes de recurrencia, por lo cual el seguimiento a largo plazo es innecesario<sup>1</sup>.

La fisiopatología se desconoce; en la cetoacidosis, el incremento de la presión alveolar quizá se deba al esfuerzo emético o a la respiración de Kussmaul, considerando que este fenómeno hiperpneico es secundario a la acidosis metabólica. Es posible entender que la acumulación de aire entre la cara parietal anterior del pericardio y la cara anterior del tórax produce una crepitación con el latido cardiaco y que se percibe en la auscultación sobre el ápex cardiaco y en el borde esternal izquierdo. Así, dicha hiperinsuflación pulmonar provoca daño alveolar con la fuga subsecuente de aire a través de los espacios alveolares hacia el intersticio, que posteriormente se distribuye por el espacio mediastinal a lo largo de la vaina de la vasculatura pulmonar que puede ocasionar enfisema subcutáneo<sup>3</sup>.

Aunque nuestro paciente respondió favorablemente al manejo conservador, podría requerirse manejo con intubación oro-traqueal y ventilación mecánica<sup>4</sup>.

Es nuestra intención aumentar el acervo literario en torno al NE; su incidencia es tan baja que puede ser una afección subdiagnosticada, la cual se autolimita y tiene buen pronóstico para los pacientes en la gran mayoría de los casos.



**Figura 1.** Esofagograma con medio hidrosoluble: se muestra el esofagograma hidrosoluble realizado al paciente, notando la imagen de radiolucidez parahiliar derecha e izquierda paralela a la silueta cardiaca, propia del neumomediastino.

## Bibliografía

1. Ryoo JY. Clinical analysis of spontaneous pneumomediastinum. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 2012;73:169-73.
2. Cho TJ, Kim H. Unusual presentation of spontaneous pneumomediastinum. *Lung India*. 2010;27:239-41.
3. Guerra-Urbe NB, Enríquez-Ocaña JC, Díaz-Jouanen E, Manzano-Alba F. Neumomediastino espontáneo en cetoacidosis diabética: reporte de caso y revisión de la bibliografía. *Med Int Mex*. 2012;28:522-5.
4. Banday W, Tahir M, Jallu S, Augustine F. Spontaneous pneumomediastinum: rare complication of diabetic ketoacidosis. *BMJ Case Rep*. 2009, doi:pii: bcr10.2008.1091. 10.1136/bcr.10.2008.1091. Epub 2009 Mar 17.

Eder Natanael Flores López<sup>a,\*</sup>, Luis Carlos Álvarez Torrecilla<sup>b</sup> y Rogelio López Alférez<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Médico residente de primer año Medicina Interna, Hospital General de Cuautitlán ISEM «General Vicente Villada», Santa María, Cuautitlán, Estado de México, México

<sup>b</sup> Médico cardiólogo intervencionista adscrito al Hospital General de Cuautitlán «General Vicente Villada», Santa María, Cuautitlán, Estado de México, México

<sup>c</sup> Médico adscrito Clínica Florida Satélite, Naucalpan, Estado de México, México

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [dr.eder.natanael@msn.com](mailto:dr.eder.natanael@msn.com)

(E.N. Flores López), [dralvarezcardiologia@gmail.com](mailto:dralvarezcardiologia@gmail.com)

(L.C. Álvarez Torrecilla), [rgr.rla@gmail.com](mailto:rgr.rla@gmail.com) (R. López Alférez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.09.004>