

Imagen Clínica

Neumotórax bilateral espontáneo secundario y neumomediastino en paciente con EPID por artritis reumatoide

Bilateral Secondary Spontaneous Pneumothorax and Pneumomediastinum in a Patient With Rheumatoid Arthritis-Induced DILD

Cristina María Carrasco Carrasco^a, Adriano Asuero Llanes^a e Inmaculada Alfageme Michavila^{a,b,*}

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España

^b Universidad de Sevilla, Sevilla, España



Figura 1. TC de tórax: neumotórax bilateral (flechas negras) de predominio izquierdo, neumomediastino (flechas blancas) que alcanza pericardio y cruras diafragmáticas e importante enfisema subcutáneo.

Mujer de 74 años ingresada por neuropatía óptica arterítica. Tenía antecedentes de tuberculosis pulmonar en su juventud, infección bronquial crónica por *Pseudomonas aeruginosa* en tratamiento con colistina inhalada, artritis reumatoide tratada inicialmente con metotrexato que se suspendió ante el hallazgo de neumatía intersticial tipo NIU; hizo tratamiento con azatioprina, adalimumab y rituximab sin respuesta, por lo que se suspendió, estando actualmente sin tratamiento específico.

Durante su ingreso y tras episodio túsígeno presentó disnea, enfisema subcutáneo y voz bitonal; ante la sospecha de neumotórax se solicitó radiografía y TC de tórax (fig. 1).

Se trató mediante la colocación de un drenaje pleural en hemitórax izquierdo y oxigenoterapia.

Tanto el neumotórax espontáneo bilateral como el neumomediastino espontáneo son entidades muy raras que se observan principalmente en pacientes con enfermedad pulmonar

subyacente¹, y solo un pequeño número de casos asociados a artritis reumatoide.

El tratamiento del neumotórax bilateral espontáneo es la colocación de drenaje pleural cuando es significativo, mientras que el del neumomediastino es conservador. En pacientes de alto riesgo como los que presentan enfermedad intersticial avanzada el uso temprano de oxígeno inhalado a altas concentraciones puede resultar en una resolución rápida y sin recurrencias a los 6 meses de seguimiento².

Bibliografía

- Dixit R, Meena M, Patil CB. Pneumomediastinum, bilateral pneumothorax and subcutaneous emphysema complicating acute silicosis. Int J Occup Med Environ Health. 2015;28:635–8, <http://dx.doi.org/10.13075/ijom.1896.00399>.
- Patel A, Kesler B, Wise RA. Persistent pneumomediastinum in interstitial fibrosis associated with rheumatoid arthritis: Treatment with high-concentration oxygen. Chest. 2000;117:1809–13, <http://dx.doi.org/10.1378/chest.117.6.1809>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ialfageme@separ.es (I. Alfageme Michavila).