

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Neumorraquis y neumomediastino espontáneo, rara complicación asmática



Pneumorrhachis and spontaneous pneumomediastinum, asthmatic rare complication

C. Fernández García^{a,*}, B. Ibáñez Clemente^a, E. Monteagudo^a y J. Gómez^b

^a Servicio de Pediatría, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^b Servicio de Radiología Infantil, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

Recibido el 28 de septiembre de 2014; aceptado el 11 de noviembre de 2014

Disponible en Internet el 20 de enero de 2015

Niña de 10 años, que presentaba opresión torácica de 24 h de evolución y tos persistente. Afebril. Antecedentes de broncoespasmos. No traumatismo previo. Destacaba enfisema subcutáneo con crepitación a la palpación en el área supraclavicular derecha y la zona preesternal. No distrés. Buenas saturaciones de oxígeno. Auscultación compatible con broncoespasmo leve, con espiración alargada y sibilancias. Auscultación cardíaca rítmica, no tonos apagados ni crujido pericárdico (signo de Hamman ausente).

La radiografía de tórax demostró enfisema subcutáneo y neumomediastino (fig. 1). Al completar el estudio con TAC torácica para descartar alteraciones parenquimatosas, se detectó aire en el canal raquídeo limitado al espacio epidural (fig. 2).

Durante el ingreso, la paciente presentó buena evolución del cuadro respiratorio sin requerir oxígeno. Neurológicamente asintomática en todo momento. Tras 4 días de reposo se resolvieron los hallazgos radiológicos.

El neumomediastino espontáneo es raro en la población general (1/33.000 casos) y aún más en pediatría. Excepcional es su asociación con neumorraquis¹. La neumatosis espinal es generalmente secundaria a traumatismos y

procedimientos invasivos, aunque otra causa poco frecuente es el asma. Cualquier patología que origine un incremento de gradiente de presión alveolar transmural puede causar neumomediastino con posterior escape de aire a través del espacio paravertebral^{2,3}. Destacan las crisis asmáticas,

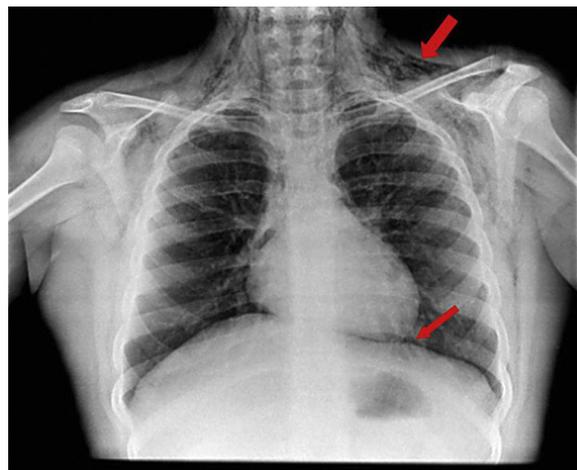


Figura 1 Rx simple de tórax PA. Aire intersticial en los espacios supraclaviculares por el enfisema subcutáneo (flecha superior) y signo del diafragma continuo por el neumomediastino (flecha inferior).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yo.crisfernandez@gmail.com
(C. Fernández García).

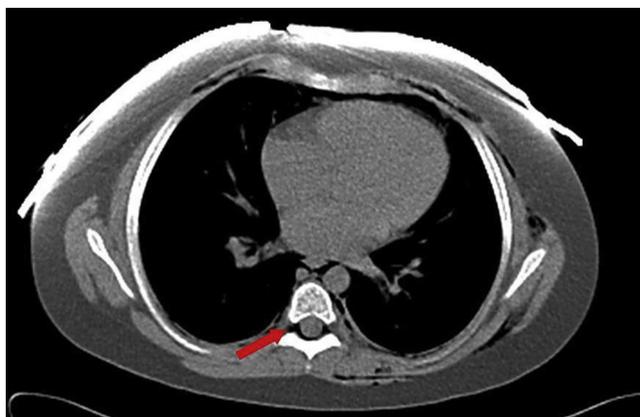


Figura 2 TC torácico sin contraste por vía intravenosa, con ventana de mediastino y detalle del área vertebral. Banda de aire intrarraquídeo rodeando la médula en su saco dural. Aire mediastínico entre la musculatura paravertebral, y entre la aorta y la vena ácigos.

incluso leves como nuestro caso. Siempre que el aire se limite al espacio epidural y no al subaracnoideo, el pronóstico es excelente sin síntomas neurológicos y reabsorción completa. Se debe evitar un innecesario exceso de medidas diagnósticas (estudios endoscópicos o radiológicos con contrastes orales) y terapéuticas, que prolonguen el ingreso.

Bibliografía

1. Atalar M, Doğan T, Cevit O, Gümüş C. Epidural pneumorrhachis accompanying to spontaneous pneumomediastinum in a boy: A rare association. *Turkish Respiratory Journal*. 2007;8: 60-2.
2. Oertel MK, Korinth MC, Reinges MHT, Krings T, Terbeck S, Gilsbach JM. Pathogenesis, diagnosis and management of pneumorrhachis. *Eur Spine J*. 2006;15 Suppl 5:S636-43.
3. Martín-Serradilla J, Guerrero-Peral AL, Franco-Hidalgo S, Laherrán E. Neumorraquis epidural. *Rev Neurol*. 2007;44: 254-5.