

Enfisema cervical masivo espontáneo

Cervical emphysema massive spontaneous

RESUMEN

Presentamos las imágenes radiológicas de un caso de enfisema cervical, mediastínico y torácico masivo por su espectacularidad. La aparición de este cuadro coincidió con múltiples complicaciones de un paciente de 86 años de edad ingresado por descompensación cardiológica, pulmonar y renal en los últimos días de su vida.

PALABRAS CLAVE:

Enfisema cervical espontáneo.

SUMMARY

We show the radiological images of a case of cervical, thoracic and mediastinal spectacular emphysema. The appearance of this symptom coincided with multiple complications in a 86 years old patient hospitalized for cardiac, lung and kidney decompensation in the last days of his life.

KEY WORDS:

Cervical spontaneous emphysema.

Introducción

La aparición de enfisema subcutáneo en el cuello no es infrecuente en nuestra especialidad. En muchas situaciones espontáneas, accidentales o quirúrgicas puede aparecer aire en los espacios cervicales. Repasando la bibliografía llama la atención la gran cantidad de casos descritos en cirugía del maxilar. Procedimientos dentales por pequeños que sean, limpieza dental, extracción, endodoncia^{1,2,3} o en cirugías más agresivas como cirugías orales o faringeadas⁴, cirugía nasal como septorinoplastia o endoscópica maxilo etmoidal, o traumáticas como las fracturas de maxilar superior, etc...⁵

Llama la atención que en casos originados en lugares tan altos se pueda ocasionar incluso neumomediastino, pero está ampliamente documentado en la literatura.

Otras veces, la producción de enfisema por accidente o la cirugía sobre vía aérea es menos sorprendente: heridas por arma de fuego, arma blanca, cirugía sobre la laringe o tráquea, tal como tiroidectomía⁶ o traqueotomía⁷.

Muchas veces el origen es difícil de precisar. Son casos espontáneos⁸, que suelen coincidir con patología pulmonar crónica como asma o EPOC⁹ asociada a mecanismos de hiperpresión, como la maniobra de Valsalva, tos, vómitos o procedimientos de ventilación asistida en anestesia¹⁰ o tratamientos con oxigenoterapia.

Caso Clínico

Nuestro caso se trata de un paciente de 86 años de edad ingresado a través de Urgencias en el Servicio de Cardiología por una taquicardia nodal, identificándose en el EKG un registro compatible con síndrome de Brugada (Bloqueo de Rama Derecha con ST elevado en V1 y V2) y extrasístoles supraventriculares, así como bloqueo aurículo-ventricular de primer grado. El paciente padecía una fibrosis pulmonar estable secundaria a su actividad profesional como trabajador de minas de carbón y fundiciones, y una insuficiencia renal crónica moderada.

Entre las pruebas complementarias se le realizó una radiografía simple de tórax en la que se apreciaba aire en el espacio supraclavicular, poco llamativo a la exploración física en aquel momento.



Figura 1: Radiografía previa a la TAC.

A la semana del ingreso, se decidió realizar cardioversión por Flutter no controlable con frecuencia a 150, siendo efectivo y mejorando su frecuencia cardiaca. Dos días después se apreció un progresivo y espectacular aumento del enfisema subcutáneo tal y como podemos ver en las imágenes de la TAC que presentamos:

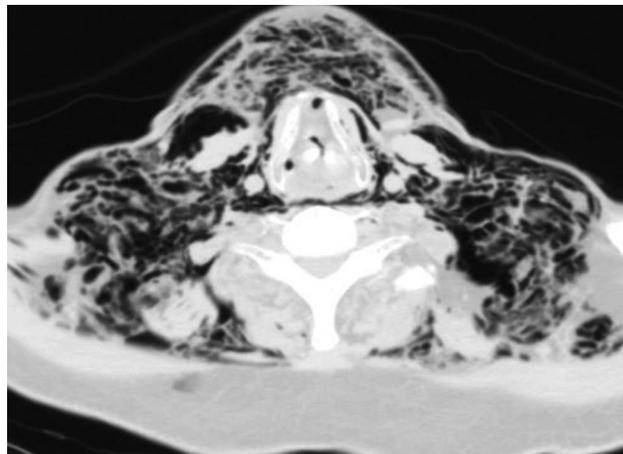


Figura 2a: imagen TAC en la que se aprecia disección de todas las fascias cervicales a la altura de la laringe.

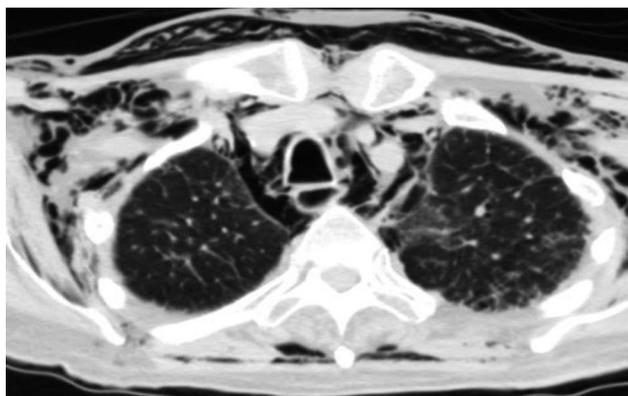


Figura 2b: disección de los planos de los ápices pulmonares. Enfisema torácico y mediastínico.

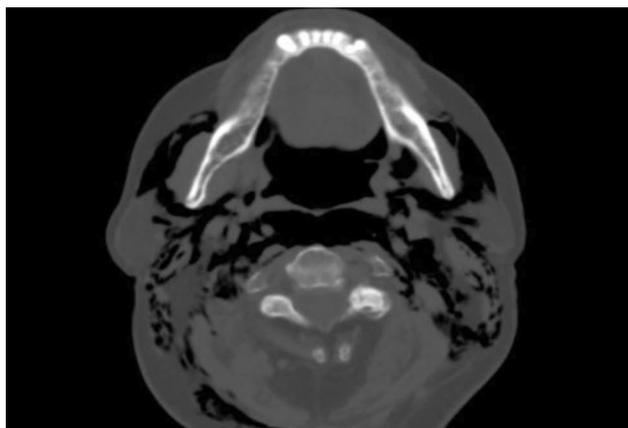


Figura 2c: imagen del enfisema a nivel maxilo-facial.

En la exploración ORL de la laringe no se objetivó ningún hallazgo valorable, aunque se informó como paresia de cuerda vocal izquierda sin lesiones orgánicas y se aconsejó actitud expectante.

La evolución posterior fue favorable en cuanto al enfisema que disminuyó considerablemente de volumen y la situación del paciente pareció mejorar. Sin embargo, dos semanas más tarde, se produjo un nuevo empeoramiento de su situación respiratoria y cardiológica con reaparición del Flutter auricular a 140 lpm, por lo que se le repitió la cardioversión. Una semana más tarde apareció fiebre elevada y se reagudizó la insuficiencia pulmonar que no respondió bien a tratamiento antibiótico, evolucionando cada vez peor con fallo multiorgánico que acabó con su fallecimiento.

Discusión

En nuestro caso, el enfisema subcutáneo es una parte más de un cuadro complejo en un paciente anciano con patología múltiple. Es sobresaliente la espectacularidad de las imágenes que nos obliga a pensar qué tipo de actitud deberíamos haber tomado en función del grado de participación del enfisema en la insuficiencia respiratoria. Nosotros optamos por una actitud conservadora porque la patología cardíaca y pulmonar subyacente era muchísimo más decisiva en sus síntomas.

De hecho, el enfisema, sea cual fuere su causa, empezó a producirse antes de los procedimientos realizados en urgencias y en cardiología, y evolucionó de manera autónoma durante su ingreso, sin influir en su estado general.

En cuanto a la etiología, nos inclinamos a pensar que el origen pudo ser la rotura de algún alveolo o parte del árbol respiratorio por debajo de la glotis. En la Figura 2 se aprecia, sin embargo, una burbuja de aire en el ventrículo de Morgagni que sugiere la posibilidad de ser éste el sitio donde se produjo la rotura de la vía aérea, pero es imposible de asegurar. Lo que sí está claro es que se trató de un fenómeno valvular que aumentó el enfisema hasta este grado, pero que acabó cerrándose espontáneamente, puesto que en los días posteriores fue disminuyendo.

Bibliografía

1. Artal R, Agrega B, Serrano E, Sebastian JM, Alfonso JI, Valles H. Enfisema cervical subcutáneo: Una complicación rara tras maniobra de higiene bucodental. O.R.L. ARAGON 2008; 11 (1) 18-20.
2. Anguita Sánchez I, Terré Falcón R, Sepúlveda Rojas C, Guillén Guerrero V, Urbano Urbano J, Martínez Sempere M. Enfisema cervicofacial como complicación de maniobra bucodental. mgf. 128. 240 junio 2010.
3. Durukan P, Salt O, Ozkan S, Durukan B, Kavalci C. Cervicofacial emphysema and pneumomediastinum after a high-speed air drill endodontic treatment procedure. Am J Emerg Med. 2012 Nov;30(9):2095.e3-6. doi: 10.1016/j.ajem.2012.01.006. Epub 2012 Feb 4.
4. Felipe Fortes, Luiz Ubirajara Sennes, Fernando Sartor Guimarães Fortes, Rui Imamura, Domingos Hiroshi Tsuji. Enfisema Cervical como Complicação Precoce de Amigdalectomia. Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol., São Paulo, v.11, n.1, p. 65-69, 2007.65.
5. Abdelrahman H, Shunni A, El-Menyar A, Ajaj A, Afifi I, Zarour A, Al-Thani H. Mediastinal emphysema following fracture of the orbital floor. J Surg Case Rep. 2014 May 2;2014(5). pii: rju032. doi: 10.1093/jscr/rju032. Print 2014 May.
6. Sanna S, Monteverde M, Turchini M, Mengozzi M, Genestreti G, Grossi W, Argenti D, Bettini D, Dell'Amore D. It could suddenly happen: delayed rupture of the trachea after total thyroidectomy. A case report. G Chir. 2014 Mar-Apr;35(3-4):65-8.
7. Klein J, Pizarro C, Thomas D, Nickenig G, Skowasch D. 24 year old patient with increase in neck size and change in his voice after coughing. Dtsch Med Wochenschr. 2014 Jun;139(23):1243-4. doi: 10.1055/s-0034-1370075. Epub 2014 May 27.
8. Rebeca De La Fuente Canibano, Mateo Jáñez Moral, Fernando Benito González. Enfisema cervical y neumomediastino espontáneos: asociación infrecuente. Acta Otorrinolaringol Esp. 2012;63(3):244-245
9. Hashim T, Chaudry AH, Ahmad K, Imhoff J, Khouzam R. Pneumomediastinum from a severe asthma attack. JAAPA. 2013 Jul;26(7):29-32.
10. Jaiswal SK, Sreevastava DK, Datta R, Lamba NS. Unusual occurrence of massive subcutaneous emphysema during ERCP under general anaesthesia. Indian J Anaesth. 2013 Nov;57(6):615-7. doi: 10.4103/0019-5049.123340.

Correspondencia

Dr. José María Abad Royo
C/ Nicolás Guillén, 4 - 1º E
50018 Zaragoza
E-mail: jabaroy@ono.com