

NEUMOMEDIASTINO, NEUMOTORAX BILATERAL Y NEUMORRAQUIS EN CRISIS ASMÁTICA SEVERA.

Autores: **Marcos Latimori**; Florencia Garavelli; Franco Dipaolo; María Ramírez Colombres; Carolina Evelyn Maenza; Nicolás Sebastián Rocchetti; Silvana Paola Gattino; Melisa Débora Ré; Claudio Jesús Settecase; Daniel Horacio Bagilet.

Centro: Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Escuela "Eva Perón". San Martín 1645. (2152) Granadero Baigorria. Santa Fe. Argentina. Telefax: +54341-4710940. uciheep@gmail.com - www.uciheep.com.ar

RESUMEN

Introducción: El neumomediastino, neumotórax y neumorraquis ocurren generalmente como consecuencia de un evento traumático, y son escasos los reportes en la literatura que hablen de su aparición espontánea y coexistente. Presentamos el hallazgo de estas tres condiciones en forma simultánea, como complicación de una crisis asmática.

Caso clínico: Mujer de 27 años, con asma mal controlada, ingresa a guardia externa por tos seca, dolor precordial de moderada intensidad y disnea progresiva que no responde a broncodilatadores. Examen físico: afebril, TA 140/90 mmHg, FR 26 c/min, FC 110 l/min. Sibilancias generalizadas, sin uso de musculatura accesorio. Radiografía de tórax y ECG: sin alteraciones. Laboratorio: leucocitos 16500 /mm³, Hb 12,7 g/dl, plaquetas 383000/mm³, VES 10mm/1^{ra} hora., PCR: 3,4 mg/dl, dimero D 0,19 ug/ml, pH 7,46, pO₂ 52, pCO₂ 30, bicarbonato 21 mEq/l, EB -1,3, SO₂ 89,2%, PCR SARS CoV2 negativa.

Se realiza tratamiento médico, sin mejoría. Se solicita TAC de tórax: neumomediastino, neumotórax laminar bilateral a predominio derecho, aire en conducto medular, enfisema subcutáneo en pared torácica. Se coloca un tubo de avenamiento pleural derecho e ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos, hemodinámicamente estable, saturando 92% con oxigenoterapia a 15 l/min, mala mecánica respiratoria. Se decide intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Intercurre con neumonía asociada a la AVM con buena respuesta al tratamiento. Se extuba luego de 8 días de AVM y se traslada a sala general.

Discusión: La incidencia de neumomediastino espontáneo se estima en un 0,2-0,3 %. Se origina en un aumento de la presión intraalveolar, rotura alveolar y migración del aire que disecciona las vainas peribronquiales y perivasculares del hilio pulmonar, y se extiende al mediastino, pudiendo propagarse al tejido subcutáneo, endotorácico, y canal raquídeo. Los factores precipitantes se relacionan a maniobras de Valsalva, siendo el asma el factor predisponente más frecuente. Generalmente tiene un curso benigno, pero la coexistencia de neumotórax se asocia a mayor morbilidad y riesgo de evolución tórpida.

Conclusión: Creemos importante considerar estos diagnósticos cuando estamos ante pacientes con crisis asmáticas refractarias, aun cuando la radiografía de tórax no muestre anomalías, debiendo recurrir a otros estudios complementarios para documentarlos.



**32° Congreso Argentino e Internacional
de Terapia Intensiva**
Tiempo de reencuentro y gestión de cambios
Mar del Plata - 9 al 11 de noviembre de 2022 - NH Provincial

Certificamos que
Marcos Latimori | Florencia Garavelli | Franco Dipaolo | Maria Ramirez Colombres | Carolina Evelyn
Maenza | Melisa Débora Ré | Silvana Paola Gattino | Nicolás Sebastián Rocchetti | Claudio Jesús
Settecase | Daniel Horacio Bagilet

han presentado el trabajo titulado
**NEUMOMEDIASTINO, NEUMOTÓRAX BILATERAL Y NEUMORRAQUIS EN CRISIS ASMÁTICA
SEVERA.**

bajo la modalidad
Discusión de Posters Electrónicos
dentro del 32° congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva


Dra. Rosa Reina
Presidente 32° Congreso SATI


Dr. Guillermo Chiappero
Presidente SATI