

2. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchante I, Muñoz-Quirós Aliaga S, López Romero A, et al. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 772-5.
3. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda Y, Mena Mateo S, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villarroel Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Aten Primaria* 1996; 17: 142-6.
4. Fernández Núñez JM, Pérez Gómez P, Cruces Méndez JG, Paulino Herrera A, Lozano Izquierdo C. Experiencia con la cirugía menor: seis meses de trabajo. *Centro de Salud* 1998; 6: 464-6.
5. López Santiago A, Lara Peñaranda A, de Miguel Gómez A, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* 2000; 26: 91-5.
6. Menéndez C, Núñez MC, Fernández MJ, García A. Evaluación de las actividades de cirugía menor en un centro de salud. *Aten Primaria* 1998; 22: 125-6.

■ Tortícolis y disfonía como manifestación de neumomediastino espontáneo

Sr. Director:

Se entiende por neumomediastino espontáneo la penetración de aire en los planos tisulares del mediastino (enfisema mediastínico) producido tras el incremento del gradiente alveolointerstitial debido a un aumento brusco de la presión intratorácica, que aparece en ausencia de yatrogenia. Queda por tanto excluido de esta definición el barotrauma producido tras ventilación mecánica¹. Dicha maniobra terapéutica puede ocasionar rotura alveolar y secundariamente un enfisema interstitial. En los cuadros de obstrucción al flujo aéreo (sobre todo el asma agudo y grave), se produce un aumento de la presión alveolar

espiratoria, acompañado de un descenso de la presión perialveolar inspiratoria, lo que conlleva un aumento del gradiente de presión alveolointerstitial. Este incremento del gradiente también puede aparecer en otras situaciones como la cetoacidosis diabética, la anorexia nerviosa, el esfuerzo físico extenuante, Valsalvas repetidos (vómitos, tos violenta), la inhalación de algunos tóxicos, etc.; así como en el marco de enfermedades predisponentes (dermatomiositis y otras) que supongan afectación del intersticio pulmonar.

Paciente de 18 años que acude a nuestra consulta refiriendo aparición de cervicalgia progresiva, desde hacía 4 horas, acompañada de imposibilidad para girar el cuello hacia la izquierda, así como odinofagia y disfonía también progresivas. Hasta el punto de que el paciente se ve obligado a hablar casi susurrando puesto que cualquier aumento del tono de voz exacerba el dolor cervical. No presenta ninguna otra sintomatología. No refiere dolor torácico ni disnea. A la exploración no se objetiva taquipnea ni fiebre, llama la atención la contractura de la musculatura paravertebral bilateral, así como imposibilidad para la movilización cervical. La exploración ORL era normal, no presentaba crepitación ni signos de enfisema subcutáneo, aunque la palpación de la musculatura anterior del cuello era extremadamente dolorosa. La auscultación cardiopulmonar era normal. Como antecedentes personales destacaba la presencia de episodios de broncoespasmo en la infancia, sin otros datos de interés. Inicialmente el paciente negaba cualquier tipo de traumatismo en relación con la aparición del dolor, reinterrogado refirió que el día anterior había participado en un campeonato de karate, y que había sufrido un importante impacto contra el suelo al caer de espaldas, desde una altura aproximada de un metro y medio. Ante una

clínica sugerente de gravedad, y sobre todo ante el llamativo dolor a la palpación y movilización cervical, realizamos unas radiografías posteror anterior y lateral de columna cervical, donde claramente se visualiza una disección gaseosa del espacio retrofaríngeo. Con el diagnóstico de neumomediastino fue trasladado a nuestro hospital de referencia donde se le realizó EKG que fue normal, así como radiografías de tórax donde se confirmó la sospecha clínica. Tras 48 horas en el área de observación de urgencias, y valorando la evolución clínico-radiológica fue dado de alta, permaneciendo asintomático hasta el momento actual.

En el caso que presentamos, un aumento brusco de la presión intratorácica, debido a la caída de espaldas desde una altura considerable, ocasiona dicha rotura alveolar y el consiguiente enfisema mediastínico y retrofaríngeo.

Se han descrito la aparición de casos entre los 17 y los 69 años, aunque la media de edad se sitúa en torno a los 19 años. La incidencia es muy baja, 1 de cada 25.000, y existe un claro predominio (7:1) de varones². No hay evidencia clara de que el antecedente de crisis asmáticas preexistentes, la estructura corporal y el hábito tabáquico sean factores predisponentes. El estatus asmático, la tos o la maniobra de Valsalva han sido propuestos como factores desencadenantes³.

El síntoma más frecuente (88% de los pacientes lo presentan) en el neumomediastino es el dolor torácico retroesternal (que no presentaba nuestro paciente). Suele ser de características pleuríticas, aumentando con los movimientos respiratorios. La disnea aparece en el 60% de los pacientes. La disfagia y disfonía hasta en un 40% de los casos. El principal hallazgo en la exploración física es la presencia de enfisema subcutáneo, que se observa en el 60% de los pacientes, de manera predominante en la región cervical. De-



bemos buscar siempre la posible existencia del signo de Hamman (crepitación del área retroesternal sincrónica con el latido cardíaco, variable con los ciclos respiratorios y con la posición del paciente) presente también hasta en el 60% de los casos⁵.

La base del diagnóstico lo constituyen la sospecha clínica y la exploración radiológica. Otras técnicas como la TAC, están indicadas en pocas ocasiones y en general no suponen un cambio de actitud diagnóstica o terapéutica. En el EKG se pueden observar ocasionalmente alteraciones inespecíficas como elevaciones leves del segmento ST e inversiones de la onda T.

El tratamiento, salvo complicaciones como neumotórax o insuficiencia respiratoria en los casos de estatus asmático, es conservador mediante reposo en cama y oxigenoterapia hasta la reabsorción del aire mediastínico.

La media de hospitalización se encuentra en torno a 6 días, aunque puede oscilar entre 48 horas y diez días.

En estudios de seguimiento a largo plazo, se observa que tanto las secuelas como las recidivas son posibles, aunque excepcionales. Ningún factor predisponente o desencadenante es capaz de predecir la aparición de secuelas o recurrencias. Por tanto, y dado el carácter en general benigno de esta entidad, y lo poco común e impredecible de sus recaídas, no se considera necesario realizar ninguna restricción al alta en los pacientes; ni siquiera un abordaje extraordinario de sus factores predisponentes.

C. Villa Poza, M. C. Imaz Rubalcaba*, F. J. Panadero Carlavilla**

Residente MFyC. Área 6. Madrid.

**Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro*

de Salud de Brunete. Madrid.

***Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Argüelles. Madrid*

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanquer J, Chiner E, Núñez C, Balquer R, Muñoz J. Spontaneous pneumomediastinum in adults. *Rev Clin Esp* 1990; 187 (1): 22-4.
2. Abolnik I, Lossos IS, Breuer R. Spontaneous pneumomediastinum. A report of 25 cases. *Chest* 1991; 100 (1): 93-5.
3. Holmes KD, McGuirt WF. Spontaneous pneumomediastinum: evaluation and treatment. Review. *J Fam Pract.* 1990; 31 (4): 422, 425-6.
4. Dekel B, Paret G, Vardi A, Katz M, Barzilay Z. Torticollis: an unusual presentation of spontaneous pneumomediastinum. *Pediatr Emerg Care* 1996; 12 (5): 352-3.
5. Laso Guzman FJ, Pastor Encinas I, Díez Jarilla JL, Gonzalez Villaron L, Sánchez Sánchez R, de Castro del Pozo S. Spontaneous pneumomediastinum in the adult. *Rev Clin Esp.* 1984; 173 (2): 121-3.