

Imágenes de Interés

Enfisema subcutáneo extenso y neumotórax a tensión traumáticos

Esteban Pérez-García

Enfermero. Especialidad en Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
Máster en Metodología de Investigación en Ciencias de la Salud por la Universidad de Huelva.

Francisco Antonio Romero-Ramírez

Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico.

*UGC Intercentros de Diagnóstico por la Imagen.
Complejo Hospitalario de Huelva.*

Dirección de correspondencia:
estebanpegar@gmail.com

Recibido: 16/02/2014
Aceptado: 10/06/2014

El enfisema subcutáneo se produce cuando el aire penetra en los tejidos bajo la piel. Por lo general esta acumulación de aire ocurre en el tórax, cuello y cara; aunque también puede extenderse a otras zonas del cuerpo. Se manifiesta por una protuberancia o realce liso de la piel (parecido a un edema localizado), que al presionarse ligeramente produce una crepitación. El neumotórax se define como la presencia de aire en el espacio interpleural.

El enfisema subcutáneo puede ocurrir por traumatismo contundente sobre la pared torácica (fractura costal, ruptura de bronquio), quemaduras químicas del esófago, heridas por armas de fuego o arma blanca, ciertos procedimientos médicos, lesiones al bucear, vómitos vigorosos (síndrome de Boerhaave), ... Algunas de estas causas también pueden provocar un neumotórax, aunque éste último también puede ser de etiología espontánea y sin aparición de enfisema subcutáneo.

En la radiografía de tórax, en caso de enfisema subcutáneo, es posible observar líneas divergentes, radiolúcidas y radiopacas, sucesivas; éstas se originan por la morfología particular del músculo pectoral mayor. En el neumotórax la radiografía mostrará una zona más radiolúcida que el resto del parénquima pulmonar y sin la presencia de trama vascular. En ocasiones suelen suceder por accidentes durante una colonoscopia, por extracciones dentales (aunque en este último caso son anecdóticos y de escasa extensión).

El tratamiento básico y de elección es el drenaje mediante tubo pleural en el neumotórax. El enfisema subcutáneo es reabsorbido por los tejidos, pero en

caso masivo puede ser de ayuda el uso de drenajes subcutáneos.

Se presenta el caso de un paciente de unos 40 años con traumatismo torácico que acude a nuestro centro a las 48 horas de padecer una caída desde un metro de altura. En la exploración inicial se aprecia cara y cuerpo edematoso, con crepitantes al tacto (el enfisema subcutáneo alcanzaba hasta los miembros inferiores). En la radiografía de tórax se aprecian líneas compatibles con enfisema subcutáneo y fractura costal (Fig 1). Tras la realización de TC de tórax se aprecia enfisema subcutáneo extenso (Fig 2, 3 y 4), neumotórax a tensión y neumomediastimo (Fig 3).

Como tratamiento inicial se le inserta un tubo endopleural y es propuesto para la realización de una fibroscopia para descartar rotura bronquial.



Fig 1.- Radiografía de tórax (enfisema subcutáneo)

Imágenes de Interés

Bibliografía

1. Enfisema subcutáneo [Internet]. MedlinePlus [actualizado 3 feb 2014; citado 11 feb 2014]. US National Library of Medicine; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003286.htm>
2. Santalla Martínez M, Dacal Quintas R, Marcos Velázquez P. Tratamiento con drenajes subcutáneos en el neumomediastino y enfisema subcutáneo masivo. Arch Broncomneumol. 2013;49(3):126-130.
3. Olaciregui Echenique I, Plazaola Cortázar A, Uriz Monaut JJ, Korta Murua J. Enfisema subcutáneo y neumomediastino tras extracción dental. An Pediatr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.06.012>
4. Alcaraz Martínez J, Legaz Hernández MA, González Soler MA. Enfisema subcutáneo masivo secundario a un traumatismo torácico. Emergencias. 2001;23:244.
5. Jiménez-Jaimez J, Delgado Martín AE, Navarrete-Casas JM, Jiménez-Alonso J. Neumotórax a tensión y enfisema subcutáneo de origen traumático. Med Clin. 2010;135(7):341.
6. Quintana Rodero A, Holanda Peña MS, González Castro A, Hernández Hernández MA. Neumotórax bilateral, neumomediastino y enfisema subcutáneo progresivo tras colonoscopia sin evidencia quirúrgica de perforación intestinal. Med Crit. 2007;4(1):36-38.



Fig 2.- Escanograma (enfisema subcutáneo)

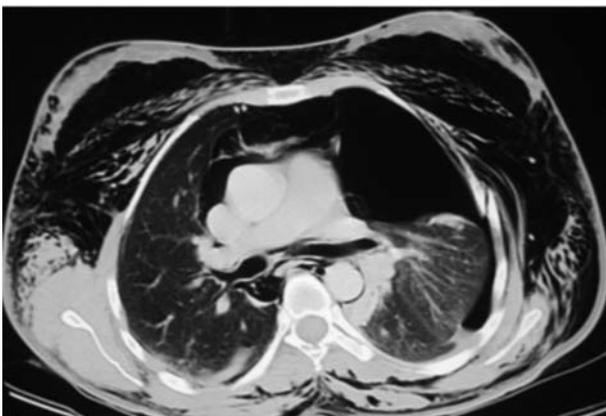


Fig 3.- Enfisema subcutáneo, neumotórax, neumomediastino y fractura costal.

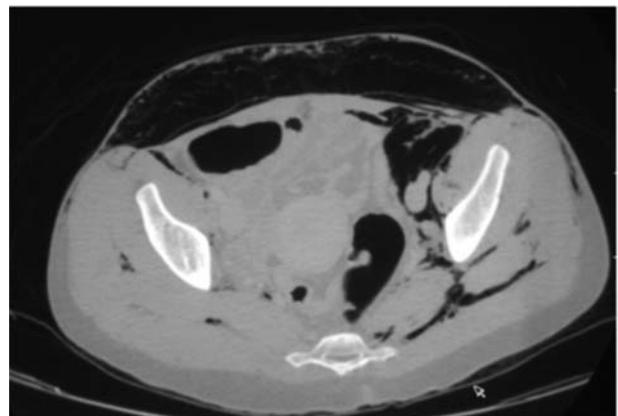


Fig 4.- Enfisema subcutáneo en pared abdominal.