

Paciente consumidor de cocaína que presenta disnea

Castro Jiménez RA¹, García Alcaide I², Pascual Martínez N³

¹Centro de Menores Infractores Medina Azahara. Servicio de Urgencias Hospital San Juan de Dios. Córdoba.

²Centro de Menores Infractores Medina Azahara. Córdoba.

³UGC Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente varón de 17 años de edad con antecedente de consumo de cocaína, quien consulta por dolor torácico y disnea.

El neumomediastino se define como la irrupción de aire en el espacio mediastínico, siendo asociado a diferentes causas, entre ellas las adicciones a drogas inhaladas.

Se produce en personas con factores predisponentes y en presencia de factores desencadenantes, como el consumo de drogas inhaladas. La radiografía y la tomografía axial computarizada de tórax son herramientas de gran utilidad para orientar el diagnóstico. La baja incidencia de esta patología representa un diagnóstico difícil para el médico, aunque en algunos ambientes de trabajo característico es necesario un alto nivel de sospecha.

Palabras clave: disnea; dolor torácico; anomalías inducidas por medicamentos; neumomediastino.

COCAINE USING PATIENT WHO PRESENTS WITH DYSPNOEA

ABSTRACT

We present the case of a 17-year-old male patient with a history of cocaine use who consulted for chest pain and dyspnoea.

A pneumomediastinum is defined as the irruption of air in the mediastinal space, and is associated with different causes, including addiction to inhaled drugs.

It occurs in people with predisposing factors and the presence of precipitating factors such as consumption of inhaled drugs. X-ray and computed tomography of the thorax are very useful tools in guiding the diagnosis.

The low incidence of this pathology represents a difficult diagnosis for the doctor, although in some characteristic work environments a high level of suspicion is necessary.

Keywords: dyspnea; chest pain; abnormalities drug-induced; pneumomediastinum.

Texto recibido: 27/12/2018

Texto aceptado: 03/07/2019

INTRODUCCIÓN

El neumomediastino espontáneo es una entidad poco frecuente, la cual se puede definir como la presencia de aire en la zona del mediastino, sin una causa aparente¹. Puede producirse como consecuencia de múltiples situaciones o asociado a ellas, entre las que destaca el consumo de tóxicos (heroína, cocaína o cannabis de forma inhalada) como uno de los desencadenantes² más habituales, aunque no los únicos, resal-

tando también las patologías crónicas tan prevalentes, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma³.

Dicha patología fue descrita por Hamman en 1939 y su patogenia fue establecida por Macklin en 1944³.

Es una enfermedad benigna, predominante en el varón, autolimitada e idiopática en el 25% de los casos, y cuya incidencia en la población adicta a las drogas inhalatorias se estima entre 1/800 y 4/200 casos⁴.

CASO CLÍNICO

Un paciente varón de 17 años ingresa en un centro para menores infractores. No tiene alergias medicamentosas conocidas ni enfermedades crónicas. Respecto a los hábitos tóxicos del paciente, cabe destacar que es:

- Consumidor de tabaco desde hace 3 años, con un consumo acumulado de dos paquetes/año.
- Adicto a la marihuana desde hace un año, con consumo diario de 1 g/24 h.
- Consumidor de cocaína inhalada (*crack*) de forma habitual los fines de semana, sin concretar cantidad ni tiempo de adicción a dicha sustancia.

A las 48 horas de estar institucionalizado, comienza a sufrir un dolor retroesternal irradiado al hombro derecho, que ha ido en aumento durante la noche, acompañándose de disnea de reposo desde hace una hora.

En la exploración física, el paciente presenta: disnea de reposo, auscultación respiratoria con murmullo vesicular conservado de forma bilateral. En el cuello, en la zona supraclavicular y en la región anterior del tórax, presenta crepitación, y la saturación de oxígeno (SatO₂) a aire ambiente es del 94%. Respecto a la auscultación cardiaca, presenta tonos rítmicos sin soplos, aunque con intensidad algo disminuida.

Ante estos signos clínicos, es derivado al servicio de urgencias hospitalario para hacer una valoración radiológica del paciente. Se le realiza una radiología

de tórax posteroanterior y lateral, donde se aprecia: aire en la zona mediastínica (Figuras 1 y 2). Se indica, a continuación, una tomografía axial computarizada, donde se confirma la presencia de enfisema subcutáneo y aire en la zona del mediastino, con confirmación clínica de neumomediastino espontáneo.

Queda hospitalizado en observación de urgencias, con tratamiento mediante oxigenoterapia, analgesia y control radiológico, y es dado de alta a las 24 horas. Se realiza un control posterior por neumología y por el médico de familia, con una prueba radiológica a las 72 horas (Figura 3).

DISCUSIÓN

El neumomediastino espontáneo es un síndrome clínico que se caracteriza por la presencia de aire en el espacio mediastínico, sin que exista una causa traumática o quirúrgica previa³ como factor desencadenante.

Se trata de una patología que se presenta principalmente en pacientes jóvenes de género masculino en más del 75% de los casos⁵, entre la segunda y la tercera década de la vida⁴, con un promedio de edad de 20 años⁵ y de curso predominantemente benigno⁴.

El desencadenante del neumomediastino espontáneo, en múltiples ocasiones, no está claro, ya que puede asociarse a diversas causas o situaciones de base, como: crisis asmáticas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, desencadenados por la tos³, enferme-



Figura 1. Neumomediastino en radiología de tórax posteroanterior.

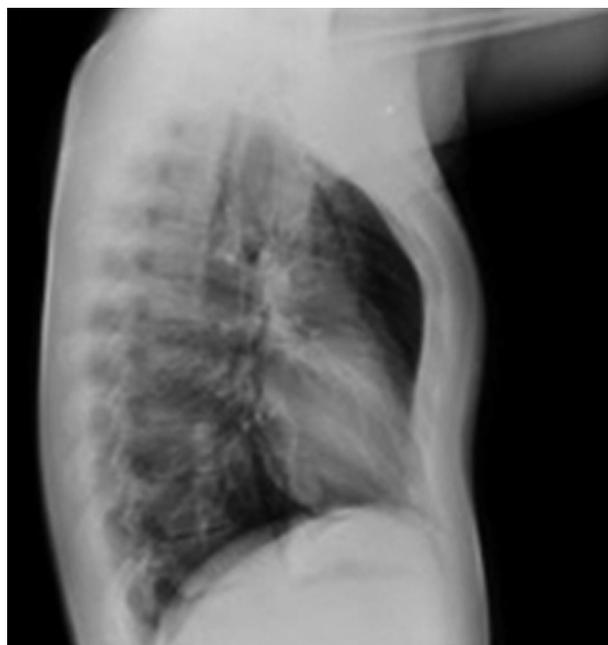


Figura 2. Neumomediastino en radiología lateral de tórax.



Figura 3. Neumomediastino resuelto en radiografía posteroanterior de tórax.

dades intersticiales del pulmón⁴, esfuerzos intensos en la práctica deportiva (atletismo, montañismo), tras la realización de una espirometría forzada, parto, hiperventilación en la acidosis diabética, vómitos, ventilación mecánica o inhalaciones profundas de diversos tóxicos: heroína, cocaína o cannabis², debido en este último caso a la maniobra de Valsalva, ejecutada en la inhalación del tóxico, para que pueda facilitar la ruptura alveolar.

Por lo tanto, el consumo de drogas inhaladas y especialmente el crack (pasta base de cocaína) se ha relacionado con la aparición de neumomediastino espontáneo⁴.

El mecanismo patogénico se debe al aumento súbito de la presión intraalveolar, asociada a tos o espiración a glotis cerrada (maniobra de Valsalva). Cuando ésta excede la presión de la vascularización pulmonar, se produce la ruptura alveolar en su base, dando salida al aire con un resultado de enfisema intersticial que diseca las vainas peribroncovasculares y los septos interlobares. Por gradiente de presión, el aire puede progresar hacia los hilos y producir neumomediastino, o bien avanzar hacia la periferia pulmonar y producir bullas subpleurales y, eventualmente, neumotórax⁵. Finalmente, el aire puede extenderse hacia los tejidos subcutáneos de la pared torácica y del cuello: enfisema subcutáneo.

El uso de cocaína o sus derivados (pasta base) como droga inhalada ha ido en aumento en los últi-

mos años, sustituyendo a otras drogas. La pasta base o base de coca es el producto más barato, contaminante y tóxico de la cocaína. Su uso por vía inhalatoria se ha relacionado con complicaciones cardiovasculares y pulmonares, como puede ser el neumomediastino espontáneo, neumotórax o ambos, y el neumoperitoneo. Al esnifar o fumar sustancias adictivas, se realizan inhalaciones profundas y forzadas, seguidas de maniobras de Valsalva; ello produciría un aumento brusco de la presión alveolar que provocaría la ruptura de los alveolos adyacentes a la pleura mediastínica². El neumomediastino se asocia con mayor frecuencia a la inhalación de vapores de cocaína, aunque en porcentajes muy variables, entre un 2,8 y un 75%, según las fuentes utilizadas⁶.

La forma de presentación clínica suele ser con dolor antetorácico, de aparición relativamente brusca, y disnea de intensidad variable; puede haber disfagia, odinofagia, sensación de crepitación al deglutir y alteración de la voz².

A la exploración clínica, los datos determinantes suelen ser la presencia de un enfisema subcutáneo en el cuello y en la región supraclavicular, así como la auscultación en el ápex de un crujido sincrónico con el latido cardíaco (signo de Hamman).

Es relevante y necesaria la realización de la radiografía de tórax siempre, donde se mostrará, en la proyección posteroanterior, el desplazamiento lateral de la pleura mediastínica, que correrá paralela a las estructuras vasculares mediastínicas y a la silueta cardíaca; en la proyección lateral, puede verse aire alrededor de la arteria pulmonar y en la zona retroesternal. Habitualmente no provoca compromiso respiratorio ni hemodinámico grave, no requiriendo tratamiento específico, salvo la observación clínica hasta la resolución de los síntomas y las alteraciones radiológicas¹. De este modo, se establecerá un diagnóstico diferencial con un neumotórax espontáneo, que es tributario de un tratamiento específico⁵.

El diagnóstico se realiza en base a un cuadro clínico compatible y a los estudios de imagen. El tratamiento es conservador y el curso clínico es habitualmente benigno¹ y autolimitado⁷.

CORRESPONDENCIA

Rafael A. Castro Jiménez
Carretera de Trassierra 37, 5º-A
14011 Córdoba
E-mail: rafaangelcastro@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva A, Barros D, Raddatz E. Neumomediastino espontáneo (síndrome de Hamman), una entidad poco frecuente no siempre reconocida. [Internet]. *Rev Chil Cir.* 2013;65:442-7. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0718-40262013000500013>
2. Luque González JF, Oriol Sabater J, Corbera Bachs J, Lanau Fuster P. Neumomediastino como complicación del uso de drogas por vía inhalatoria. [Internet]. *Emergencias.* 2000;12:358-60. Disponible en: http://www.emergencias.portalsemes.org/descargar/neumomediastino-como-complicacion-del-uso-de-drogas-por-via-inhalatoria/force_download/
3. Campillo-Soto A, Coll-Salinas A, Soria-Aledo V, Blanco-Barrio A, Flores-Pastor B, Candel-Arenas M, et al. Neumomediastino espontáneo: estudio descriptivo de nuestra experiencia basada en 36 casos. [Internet]. *Arch Bronconeumol.* 2005;41:528-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13078656>
4. Farache A, Giran B, Zerpa T. Neumomediastino espontáneo en paciente consumidor de cocaína inhalada. *RAMR.* 2016;16:388-90.
5. Álvarez C, Jadue A, Rojas F, Cerda C, Ramírez M, Cornejo C. Neumomediastino espontáneo (síndrome de Hamman): Una enfermedad benigna mal diagnosticada. [Internet]. *Rev Med Chile.* 2009;137:1045-50. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872009000800007>
6. López Penza P, Odriozola M, Ruso L. Neumomediastino espontáneo asociado al consumo de drogas inhalantes. *Rev Med Urug.* 2007;23:378-82.
7. Cruz Morón I, Reyes Núñez N, Rojas Box JL. Neumomediastino espontáneo en un consumidor de cocaína. [Internet]. *Arch Bronconeumol.* 2017;231. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/en-pdf-S0300289615301915>.