

## IMÁGENES EN MEDICINA

# NEUMOMEDIASTINO GIGANTE POSTERIOR A UNA CRISIS AGUDA DE MIASTENIA GRAVIS

Villanueva- Rustrián Filiberto\*

\*Departamento de Cirugía Cardiorácica. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

## CORRESPONDENCIA/CORRESPONDENCE

### DETALLES DEL ARTÍCULO

Recibido el 19 de octubre de 2010.

Aceptado el 9 de noviembre de 2010.

Rev Eviden Invest Clin 2011; 4 (1): 36.

### Filiberto Villanueva Rustrián

Departamento de Cirugía Cardiorácica  
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca  
Domicilio conocido s/n San Bartolo Coyotepec,  
Oaxaca. C.P. 71256  
[filvilla@gmail.com](mailto:filvilla@gmail.com)

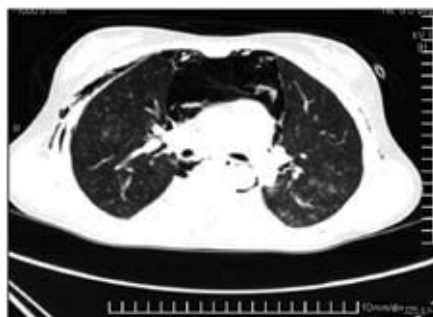


Fig. 1



Fig. 2

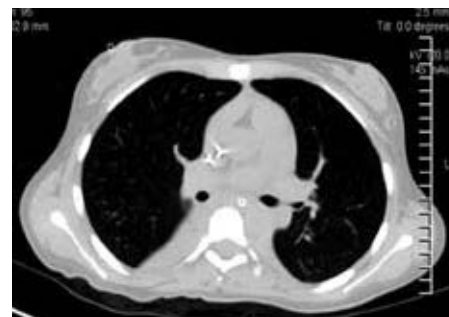


Fig. 3

El neumomediastino, también conocido como enfisema mediastinal, es la presencia de aire libre alrededor de las estructuras mediastinales. En más del 95% de los casos, es resultado de rotura alveolar relacionada a traumatismo pulmonar o a ventilación mecánica con presión positiva. Esto es seguido por disección centrífuga del aire liberado hacia al intersticio pulmonar a lo largo de las vainas peribroncovasculares y al mediastino.

Se muestra el caso de una mujer de 18 años de edad quien presenta disnea súbita que amerita intubación orotraqueal inmediata. Se mantiene el soporte ventilatorio sólo con mascarilla y bolsa manual por 12 horas, enviándose a la unidad de cuidados intensivos con deterioro importante. La paciente es portadora de miastenia gravis y se clasifica al ingreso a UCI con Osserman 3. Presenta enfisema

subcutáneo que abarca la parte media del cuello y la parte superior del tórax, iniciándose terapéutica respiratoria presentando estabilidad inmediata. Un día después, reinicia con fatiga muscular e insuficiencia respiratoria requiriendo reintubación. En las siguientes horas no existe progreso en la ventilación mecánica persistiendo con mal intercambio gaseoso.

La TAC contrastada de tórax muestra neumomediastino gigante (figuras 1 y 2). Es valorada por cirugía cardiorácica quien determina dar sólo manejo conservador y vigilancia. El soporte respiratorio se progresa y retira; transcurridos 4 días, se obtiene una nueva TAC de tórax que muestra una resolución del 95% del neumomediastino (figura 3), evidenciando éxito del manejo conservador. La paciente se egresa y se programa de manera electiva para timectomía.