

CASO CLÍNICO

---

## Neumomediastino Traumático

---

**Hernández Montes Yelda María<sup>1</sup>, Valle Alonso Joaquín<sup>2</sup>, Soriano González Concepción<sup>3</sup>, Vara Morate Francisco Javier<sup>4</sup>.**

1. FEA Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.
2. FEA Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.
3. MIR-2 Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.
4. MIR-3 Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.

Hernández Montes Yelda María.  
E-mail: yeldamaria@hotmail.com

Citar como: Hernández Montes Y M, Valle Alonso J, Soriano González C, Vara Morate F J.  
Neumomediastino Traumático fml. 2016; 20(9):3p

Recibido el 13/11/2013  
Aceptado el 15/03/2016  
Publicado el 25/04/2016

---

## Introducción

La alimentación enteral empleando sondas nasogástricas no está exenta de complicaciones. Se utiliza más en el corto y el medio plazo que para la alimentación a largo plazo. La mayoría se coloca de forma segura pero los pacientes pueden resultar perjudicados si la sonda se inserta por error en los pulmones o se desplaza del estómago. Entre las complicaciones se incluyen la perforación esofágica y la penetración en pulmón, la mayoría de las complicaciones broncopleurales están en relación con la colocación de la sonda en bronquio principal derecho causando neumotórax e infusión de la alimentación en pulmón y espacio pleural.

## Historia clínica

Paciente mujer de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial, accidente isquémico transitorio en el año 2003, ictus en el año 2007, enfermedad de Alzheimer, poliartrosis, intervenida de fractura subcapital de cadera, cuya situación basal es dependiente total para las actividades basales de la vida diaria motivo por el reside en un geriátrico.

Es remitida al servicio de Urgencias por presentar desde por la mañana inflamación de la cara y cuello acompañado de disnea.

Solicitando información a la institución donde reside la paciente se nos dice que el día anterior se le colocó a la paciente la sonda para alimentación, siendo el procedimiento dificultoso.

## Exploración física

La paciente entra atendida por dispositivo de cuidados críticos y urgencias, sus constantes vitales en la consulta de triaje detectan TA 152/96, frecuencia cardíaca 109 lpm, saturación de oxígeno de 90%, temperatura 36.1°C, presenta regular estado general, consciente, demenciada, buena coloración cutáneo-mucosa con buena hidratación y nutrición. Inflamación de cara, cuello y parte superior del tórax con crepitación a la palpación. La auscultación cardíaca refleja tonos rítmicos, apagados sin soplos ni roces, la auscultación respiratoria detecta hipoventilación en ambos hemitórax sin ruidos sobreañadidos. El abdomen es globuloso, blando, depresible, no doloroso con la palpación sin masas ni visceromegalias. Las extremidades no presentan edemas ni signos de trombosis venosa profunda, estando distalmente protegidas con vendaje protector para evitar las úlceras por presión.

## Pruebas complementarias

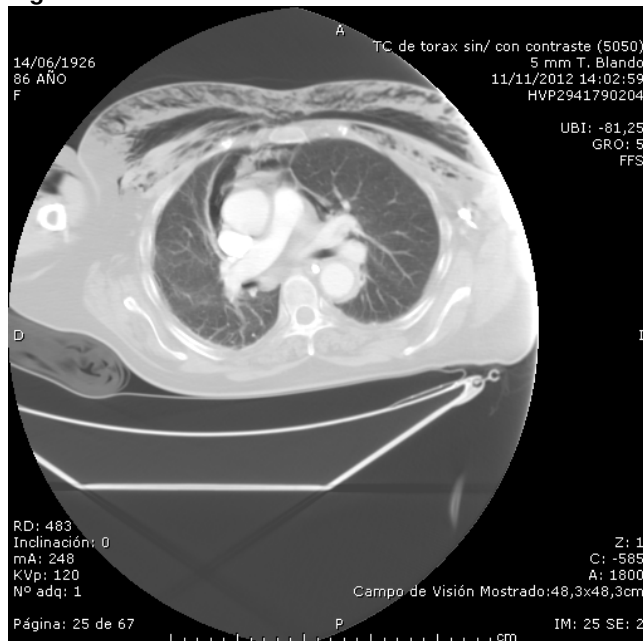
Análiticamente el hemograma reflejaba leucocitosis con neutrofilia, anemia normocítica, la gasometría arterial alcalosis respiratoria, hipoxemia con hipocapnia; la bioquímica y estudio de coagulación permanecen normales. La radiografía de tórax demuestra la existencia de neumotórax, neumomediastino, elevación de hemidiafragma derecho con síndrome de Chilaiditis, comprobando la correcta ubicación de la sonda nasogástrica que porta la paciente (figura 1).

Se solicita valoración por Cirugía que indica realización de una tomografía computerizada tóraco-abdominal que evidencia enfisema subcutáneo, neumomediastino y nemotórax, sin líquido libre abdominal (figura 2).

Fig.1



Fig.2



## Diagnóstico diferencial

Insuficiencia cardíaca congestiva. Reacción alérgica. Broncoaspiración. Neumomediastino.

## Diagnóstico final

Neumotórax-neumomediastino 2º a sondaje nasogástrico.

## Evolución

Ingresa en Cirugía durante 4 días, actitud terapéutica conservador, permanece afebril, al alta mejora su situación clínica y analítica.

## Discusión

La tasa de inserción de sondas nasogástricas y nasoentéricas en la tráquea y árboles bronquiales varía entre 0,3 y 15%. La introducción de alimento sin conocer la situación de la sonda en la vía aérea puede conducir a una neumonitis y ser fatal. Por otra parte la penetración en la vía aérea puede causar neumotórax, sobre 100 casos reportados, en uno de ellos como en nuestro caso, se había identificado la correcta colocación de la misma.

El aumento de la importancia que se le da a la nutrición para una favorable evolución de cualquier patología, conduce a un mayor uso de sondas de alimentación enteral. Entre los factores de riesgo para presentar complicaciones pleuropulmonares están la disminución del nivel de conciencia, enfermedades neurológicas degenerativas, reciente intubación endotraqueal, abolición de reflejo nauseoso, uso de bloqueantes neuromusculares, etc.

La maniobra convencional para confirmar la correcta localización de la sonda consiste en insuflar aire seguida de la auscultación sobre el epigastrio (el característico sonido del aire entrando en el estómago indica la colocación gástrica) o la aspiración del fluido. Sin embargo dicha maniobra puede no detectar una inserción inadecuada de la sonda en la vía aérea, por lo que otros autores recomiendan realizar una radiografía de tórax antes de utilizar la misma<sup>(3)</sup>. En algunas ocasiones ni siquiera la radiografía identifica la mala posición de la sonda, por lo que algunos autores recomiendan realizar capnografía<sup>(5)</sup>, laringoscopia o broncoscopia para asegurar la entrada en esófago de la sonda, técnicas que no son de rutina en nuestra práctica clínica<sup>(1)</sup>.

En 2005, la la National Patient Security Agency (NPSA) emitió una guía para la colocación segura y el control de la posición de la SNG. La guía destaca la falta de confiabilidad de determinadas pruebas, como la prueba del "burbujeo" (auscultación del sonido de burbujas después de la entrada de aire) y la prueba de la acidez con el

papel de tornasol.

En su lugar recomienda, como prueba de primera línea, la prueba con papel indicador de pH.

Como prueba de segunda línea -y no como estudio de rutina- recomienda las imágenes radiográficas.

## Conclusión

Si estos errores no se detectan antes de iniciar la alimentación, los pacientes pueden desarrollar complicaciones graves, como la llegada del alimento al pulmón y la neumonía por aspiración, que puede ser fatal. Antes de iniciar la alimentación, siempre se debe comprobar la posición de la SNG.

## Referencias

1. Boyes RJ, Kruse JA. Nasogastric and nasoenteric intubation. *Crit Care Min* 2002; 8: 865-878.
2. Miller KS, Tomlinson JR, Sahn SA. Pleuropulmonary complications of enteral tube feedings. Two reports, review of the literature, and recommendations. *Chest* 1985; 88: 230-233.
3. Thomas D, Cummin D, Falcone RE. Accidental pneumothorax from a nasogastric tube. *N Engl J Med* 1996; 335: 1325-1326.
4. Hendry PJ, Akyurekll, McIntire R, Quarrington A, Keo W. Bronchopleural complications of nasogastric feeding tubes. *Crit Care Med* 1986; 14 (10): 892-894.
5. Kindop AS, Drover JW, Heyland DK. Capnography confirms correct feeding tube placement in intensive care unit patients. *Can J Anesth* 2001; 48: 705-10.

