



CARTAS

Enfisema subcutáneo espontáneo en paciente trasplantada renal

E. Miñambres¹, G. Fernández-Fresnedo², N. Kovács³ y M. Arias¹

¹Servicio de Medicina Intensiva y Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Presentamos el caso de una mujer de 54 años de edad que a los cinco días de recibir un trasplante renal desarrolla un cuadro de enfisema subcutáneo. Entre sus antecedentes personales destacaban una hipertensión arterial, una insuficiencia renal crónica de etiología glomerular que precisó la entrada en un programa de hemodiálisis periódica en 1980 y un primer trasplante renal de cadáver el 15-2-82. El 10-12-02 la paciente es ingresada para recibir su segundo trasplante renal por disfunción del injerto previo por rechazo crónico, siendo por tanto trasplantada por segunda vez sin haber regresado a diálisis de nuevo. Como tratamiento inmunosupresor recibe tacrólimus, micofenolato y prednisona. El postoperatorio inmediato transcurre sin complicaciones con mejoría progresiva de la función renal. Sin embargo, cinco días después de la intervención quirúrgica la paciente presenta, coincidiendo con una maniobra de Valsalva (defecación), un importante enfisema subcutáneo en cara y cuello. En todo momento se encuentra estable y sin compromiso respiratorio permaneciendo 2 días en UCI para vigilancia. En la radiografía de tórax y en la tomografía axial computerizada (TAC) de cuello y tórax (fig. 1) se evidencia un enfisema subcutáneo muy importante además de enfisema mediastínico sin neumotórax. También se pone de manifiesto la presencia de un traqueocele un centímetro por encima de la carina en el lado derecho. El tratamiento planteado fue conservador siendo dada de alta con resolución completa del cuadro. El diagnóstico final fue de enfisema subcutáneo a perforación de traqueocele.

DISCUSIÓN

El traqueocele o neumatocele traqueal es una entidad clínica rara consistente en una cavidad

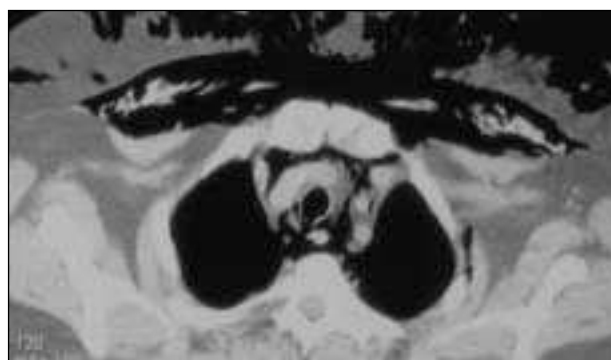


Fig. 1.—TAC: enfisema subcutáneo y mediastínico.

aérea comunicada con luz traqueal. Se produce por herniación de la luz traqueal a través de una zona débil entre el cartílago y la pars membranosa posterior. Su origen puede ser congénito o adquirido. Su rotura sin traumatismo previo es excepcional, y se cree que se produce por una debilidad de la pared traqueal acompañada de un aumento de la presión intratraqueal debido a un incremento del esfuerzo inspiratorio, tos persistente o maniobra de Valsalva¹. La radiografía es muy poco sensible en el diagnóstico. La tomografía (TAC) demuestra la presencia de una imagen aérea en la unión cervico-torácica localizada casi exclusivamente en la región postero-lateral derecha de la tráquea^{2,3}.

En el caso que presentamos creemos que la rotura del traqueocele se produjo por una maniobra de Valsalva brusca realizada previamente. Se ha descrito la rotura de un traqueocele tras una intubación orotraqueal⁴ y esto puede ser lo que favoreció la rotura tras Valsalva si bien es cierto que habían pasado 5 días. Clínicamente es una entidad rara y que suele cursar sin sintomatología, excepto cuando observamos alguna complicación como rotura, infección local, compresión de estructuras vecinas e infecciones respiratorias crónicas. Por esta razón se cree que su in-

Correspondencia: Dra. Gema Fernández Fresnedo
Servicio de Nefrología
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
39008 Santander
E-mail: neffig@humv.es

cidencia está infraestimada⁵. No existen indicaciones claras de tratamiento debido a la rareza de la patología. En general, si se produce alguna complicación es necesario la intervención quirúrgica⁶. En nuestra paciente no fue preciso debido a la ausencia de complicaciones y a la remisión espontánea de los síntomas con tratamiento conservador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scholl PD: Adult tracheocele. *Otolaryngol head Neck Surg* 111: 519-521, 1994.
2. Tanaka H, Mori Y, Kurokawa K, Abe S: Paratraqueal air cysts communicating with the trachea: CT findings. *J Thorac Imaging* 12: 38-40, 1997.
3. Goo JM, Im JG, Ahn JM, Moon WK, Chung JW, Park JH y cols.: Right paratraqueal air cysts in the toracic inlet: clinical and radiologic significance. *Am J Roentgenol* 173: 65-70, 1999.
4. Moller GM, Ten Berge EJ, Stassen CM: Tracheocele: a rare cause of difficult endotraqueal intubation and subsequent pneumomediastinum. *Erur Respir J* 7: 1376-1377, 1994.
5. Djamouri F, Le Pimpec Barthes F, Pheulpin G, Grignet JP, Carnot F, Riquet M: Airfilled cysts of tracheal origin: nosological problems and actual frequency. *Rev Mal Respir* 19 (4): 523-6, 2002.
6. Koffi-Aka V, Manceau A, Cottier JP, Renjard L, Beutter P: Tracheole: a rare cause of pharyngeal disorders. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 119 (3): 186-8, 2002.