



El Rincón del Residente

El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos clínicos, imágenes y revisión bibliográfica. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org

J. Rodríguez Contreras, J. Pérez Sanz,
D. Gómez Andrés (coordinadores)

Residentes de Pediatría. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid



Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico

A. Zarauza Santoveña, B. Fernández Caamaño,
Y. Mozo del Castillo

Residentes de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Pediatr Integral 2011; XV(6): 603-608

Neonato de 5 días de vida con distrés respiratorio que presenta la siguiente radiografía (Fig. 1).

¿Cuál es el diagnóstico?

- a. Neumonía.
- b. Tórax hipoplásico.
- c. Enterocolitis necrotizante.
- d. Neumotórax.
- e. Neumopericardio.



Figura 1

Respuesta correcta

e. Neumopericardio.

Discusión

La clínica es en principio compatible con todas las respuestas, incluso con una enterocolitis necrotizante; si bien, no es su presentación habitual.

No existen infiltrados marcados o condensación neumónica evidente que permita diagnosticar una neumonía por la imagen. La morfología del tórax no corresponde a un tórax hipoplásico. El patrón radiológico del abdomen no corresponde a una enterocolitis necrotizante, cuyos signos típicos son la pneumatosis y la “miga de pan”. En cuanto al neumotórax, en la imagen no se visualiza aire libre en la cavidad pleural.

La respuesta correcta es neumopericardio, en la imagen se observa aire libre en la cavidad pericárdica.

El neumopericardio es una patología relativamente frecuente en neonatos, especialmente en pretérminos (hasta un 2% de pretérminos con enfermedad de membrana hialina lo desarrollan), generalmente como complicación de la ventilación mecánica, a causa de la cual se produce ruptura alveolar y el aire diseca a lo largo de las vainas perivasculares y peribronquiales y penetra en el espacio pericárdico por un punto débil situado en la reflexión pericárdica en torno a los orificios de las venas pulmonares. Generalmente se asocian neumotórax y neumomediastino. También, existen casos de neumopericardio espontáneo, mucho más escasos, en los cuales se desconoce el mecanismo de producción.

La forma de presentación es variable (desde asintomático o dificultad respiratoria hasta taponamiento cardíaco), un hallazgo constante son los tonos cardíacos apagados a la auscultación.

Constituye la causa de taponamiento cardíaco más frecuente en neonatos y debe ser parte del diagnóstico diferencial en cualquier niño que sufra paro cardíaco repentino e inexplicado. Cuando hay taponamiento cardíaco se produce teóricamente pulso paradójico, pero resulta sumamente difícil apreciarlo en niños pequeños; sin embargo, sí puede detectarse

como equivalente un descenso de la presión arterial en pacientes sometidos a monitorización invasiva de este parámetro.

El diagnóstico es radiológico, mostrando la radiografía de tórax un halo oscuro en torno al corazón que no sobrepasa el borde superior del pericardio (nivel de los grandes vasos), lo que permite su diferenciación del neumomediastino, en el que se detecta aire en posición anterior con hiperlucencia detrás del esternón. La ecocardiografía está limitada por la interposición de aire, que origina una banda densa de ecos que imposibilita la recogida de la imagen cardíaca en cualquier proyección (este hallazgo debe alertar por sí mismo sobre la posibilidad de neumopericardio).

El tratamiento de este proceso depende del grado de afectación clínica que produzca. Así, en los casos con taponamiento debe realizarse inmediatamente punción y aspiración del aire y colocación de un drenaje pericárdico para evitar la reacumulación. En otros casos, no se producen complicaciones y el aire se reabsorbe espontáneamente, siendo suficiente la observación clínica estrecha.

En nuestro caso, se trata de un recién nacido pretérmino (35 semanas) con distrés respiratorio precoz y sospecha de sepsis neonatal precoz que precisa intubación y ventilación mecánica desde las 12 horas de vida. A los 5 días, presenta deterioro hemodinámico brusco, con hipotensión arterial, por lo que se practica la radiografía. Ante el hallazgo radiológico, se realiza pericardiocentesis evacuadora que resulta exitosa, sin recidiva posterior.

Bibliografía

1. Castro-García FJ, Guía-Torrent JM, et al. Neumopericardio espontáneo en un neonato sin otras anomalías. *An Esp Pediatr.* 1997; 46: 413-4.
2. Carey B. Neonatal air leaks: pneumothorax, pneumomediastinum, pulmonary interstitial emphysema, pneumopericardium. *Neonatal Netw.* 1999; 18(8): 81-4.
3. Mansfield PB, Graham CB, Beckwith JB, Hall DG, Sauvage LR. Pneumopericardium and pneumomediastinum in infants and children. *J Pediatr Surg.* 1973; 8: 691-9.
4. Berg RA. Pulsus paradoxus in the diagnosis and management of pneumopericardium in an infant. *Crit Care Med.* 1990; 18: 340-1.