

Pneumomediastino spontaneo in giovane donna

Franco Carnesalli

Medico di medicina generale, Milano
Dipartimento di Pneumologia AIMEF

Una donna di 23 anni, in apparente stato di buona salute, richiede con urgenza una visita domiciliare, poiché il giorno precedente ha accusato un violento dolore al torace con conseguente dispnea. I sintomi si sono manifestati improvvisamente, mentre faceva jogging, come di consueto.

Visita domiciliare

► **Anamnesi:** in passato, per una caduta, la paziente aveva subito fratture costali multiple, la lacerazione della lingua e una distorsione alla caviglia destra. Non ha storia di patologia polmonare o cardiaca. Non ha subito traumi recenti, né manifestato tosse, dispnea, vomito e reflusso esofageo. Assume un contraccettivo orale.

► **Esame obiettivo:** l'aspetto generale è buono e non è presente febbre, ma la paziente è sofferente. La frequenza cardiaca è nella norma (68 battiti/min), così come la frequenza respiratoria (12 respiri/min) e la pressione arteriosa (105/70 mmHg).

La paziente descrive il dolore al torace come lancinante, in sede retrosternale e irradiato al dorso. Ha avuto anche un senso di fame d'aria, alleviato in parte con respiri profondi e ha accusato singhiozzo intermittente, come pure persistente sbadiglio per diverse ore. Questi sintomi hanno persistito malgrado il riposo assoluto dal giorno precedente. Non essendoci stati cenni di miglioramento, invio la paziente al pronto soccorso.

Ricovero ospedaliero

► **Esame obiettivo:** saturazione di O₂ 99% in aria. L'esame orofaringeo è normale e nessun crepitio è apprezzabile sul collo e sulla parete toracica. All'auscultazione del torace il respiro e i toni cardiaci sono normali. L'addome è trattabile e non dolente.

► **Esami di laboratorio:** entro i limiti della norma.

► **Radiografia del torace:** non mostra segni particolari.

► **TAC del torace:** aria nel mediastino. A questo punto viene posta diagnosi di pneumomediastino spontaneo e

l'approccio è conservativo: alla paziente viene raccomandato riposo a letto e ossigeno.

Approfondimento

Il pneumomediastino spontaneo è una condizione piuttosto rara, autolimitante, benigna.

La presenza di aria nel mediastino avviene in assenza di un evento causale evidente, come traumi penetranti, infezioni o rottura dell'esofago, né tantomeno sono presenti bronchiectasie, fibrosi o enfisema strutturale.

Leziopatogenesi può coinvolgere uno sbalzo di pressione tra lo spazio alveolare e l'interstizio polmonare, esitante nella rottura alveolare. L'aria attraverso la rottura degli alveoli invade lo spazio sub-pleurico e i tessuti morbidi del mediastino e del collo, raramente dello spazio retro-peritoneale. Spesso sono responsabili situazioni che aumentano la pressione alveolare, come la tosse, gli starnuti, il vomito, l'esercizio fisico, l'uso di farmaci per inalazione, la manovra di Valsalva durante il parto. L'asma può essere presente, ma nel 50% dei casi non si riesce a stabilire un rapporto causale.

Il pneumomediastino è più frequente nei giovani maschi, con un'incidenza molto variabile, che dipende dal fatto che spesso è sottodiagnosticato.

Sintomatologia e diagnosi

I sintomi più comuni sono il dolore toracico, spesso localizzato centralmente e che si irradia al collo e si aggrava con l'ispirazione, e la dispnea. Gli altri sintomi comuni includono la disfagia, l'odinofagia, il dolore e il gonfiore al collo, la disfonia, e, come nella mia paziente, singhiozzo e sbadiglio. È frequente l'enfisema sottocutaneo, che

è presente nel 60-90% dei casi e coinvolge tipicamente il collo e la parete toracica. Il crepitio sincrono con la pulsazione cardiaca è considerato patognomonico di pneumomediastino, ma viene trovato in una minoranza di casi. Le anomalie elettrocardiografiche, non specifiche, consistono in elevazione di ST e onda T ridotta.

Mentre la radiografia del torace potrebbe essere normale anche nel tempo, le scansioni TAC rimangono lo standard di riferimento per la diagnosi, e potrebbero aiutare anche a determinare la presenza o assenza di patologia polmonare sottostante, come le bolle o la malattia interstiziale del polmone.

Utile anche la TAC con mezzo di contrasto per perforazione dell'esofago nello spazio pleurico, mentre occorre prevedere l'opzione chirurgica in caso di pneumomediastino con sepsi.

Gestione terapeutica

Per la gestione terapeutica si raccomanda il riposo a letto, ossigeno, analgesia e osservazione.

Vista la storia naturale spesso benigna del pneumomediastino spontaneo, si dovrebbe evitare il ricovero ospedaliero una volta effettuata la diagnosi, e il paziente dovrebbe essere seguito a domicilio. La gestione ospedaliera è opportuna in caso di sintomi severi e prudente nei soggetti con malattia polmonare nota. È stato dimostrato che il follow-up radiologico nei casi non complicati non contribuisce a modificare la gestione o i risultati.

Normalmente la terapia antibiotica è inutile, mentre può essere utile l'ossigenoterapia in caso di dispnea grave. Importante è il riposo e l'astensione da sforzi e stress toracici.

La risoluzione dei sintomi avviene di solito nell'arco di due settimane.