

# Cómo escapar de prisión: el enfisema cervicofacial autoinducido

Blanca Prieto García<sup>1</sup>, José Manuel Villanueva Rincón<sup>2</sup>, Raquel Rodríguez Vázquez<sup>3</sup>, Katrin Muradas Mujika<sup>4</sup>, Andrei Daniel Pantiru<sup>5</sup>, Sonia Yáñez Castaño<sup>6</sup>

<sup>1-6</sup>Hospital Universitario de Salamanca,  
Salamanca.

# Objetivo docente:

Dar a conocer esta entidad infrecuente y ayudar al radiólogo a sospecharla en aquellos casos en los que se hayan descartado otras posibles etiologías responsables del enfisema, o bien en aquellas situaciones en las que no se encuentre una causa que permita explicar la aparición del cuadro clínico.

# Revisión del tema:

El enfisema cervicofacial subcutáneo es una entidad poco frecuente que puede asociarse a una amplia variedad de etiologías (traumática, quirúrgica, intervenciones dentarias, infecciones de tejidos blandos...). Aunque se trata de una patología autolimitada en el tiempo, si es importante, puede evolucionar hacia disección del mediastino y de la cavidad pleural, comprometiendo así la vía aérea o conduciendo a una sobreinfección.

Habitualmente los pacientes suelen presentar hinchazón y crepitación de la cara y el cuello sin asociar eritema. Sin embargo, es frecuente que el enfisema cervicofacial sea confundido con otras entidades como el síndrome de vena cava superior o el angioedema con las que se debe realizar el diagnóstico diferencial.

En nuestro centro, reportamos un caso de enfisema facial subcutáneo autoinducido por el propio paciente (en este caso, un recluso) con el fin de simular una emergencia médica.

# Revisión del tema:

Varón de 24 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, trasladado desde centro penitenciario por edema y enfisema periorbitario izquierdo de 24 horas de evolución. El paciente es poco colaborador, si bien refiere antecedentes personales de cuadro previo de similares características (enfisema subcutáneo y neumomediastino), habiendo sido éste valorado en otro centro; no recuerda diagnóstico ni apreciación del médico tratante.

Historia de ingreso por intento autolítico tras ingesta de pilas y cortaúñas.

Niega consumo de estupefacientes y recuerdo del suceso en el momento actual.

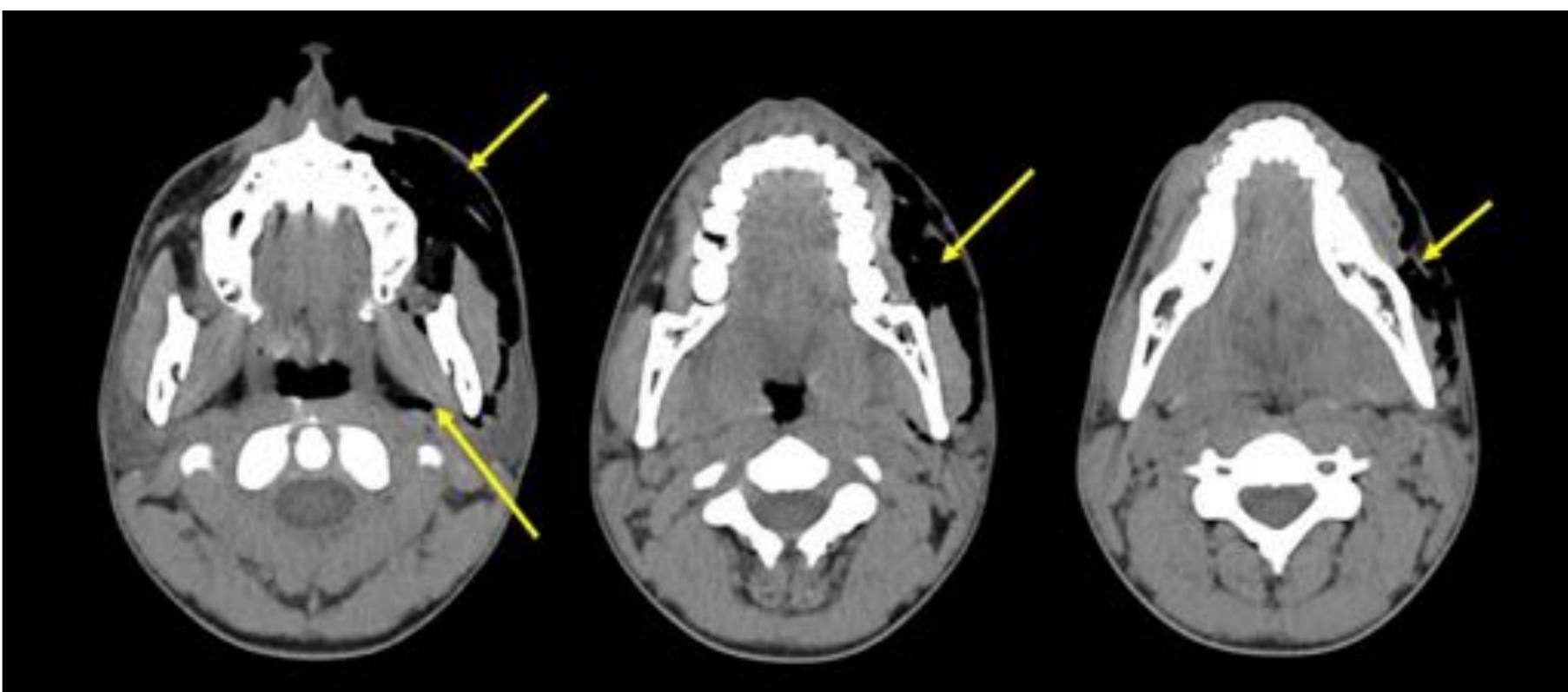
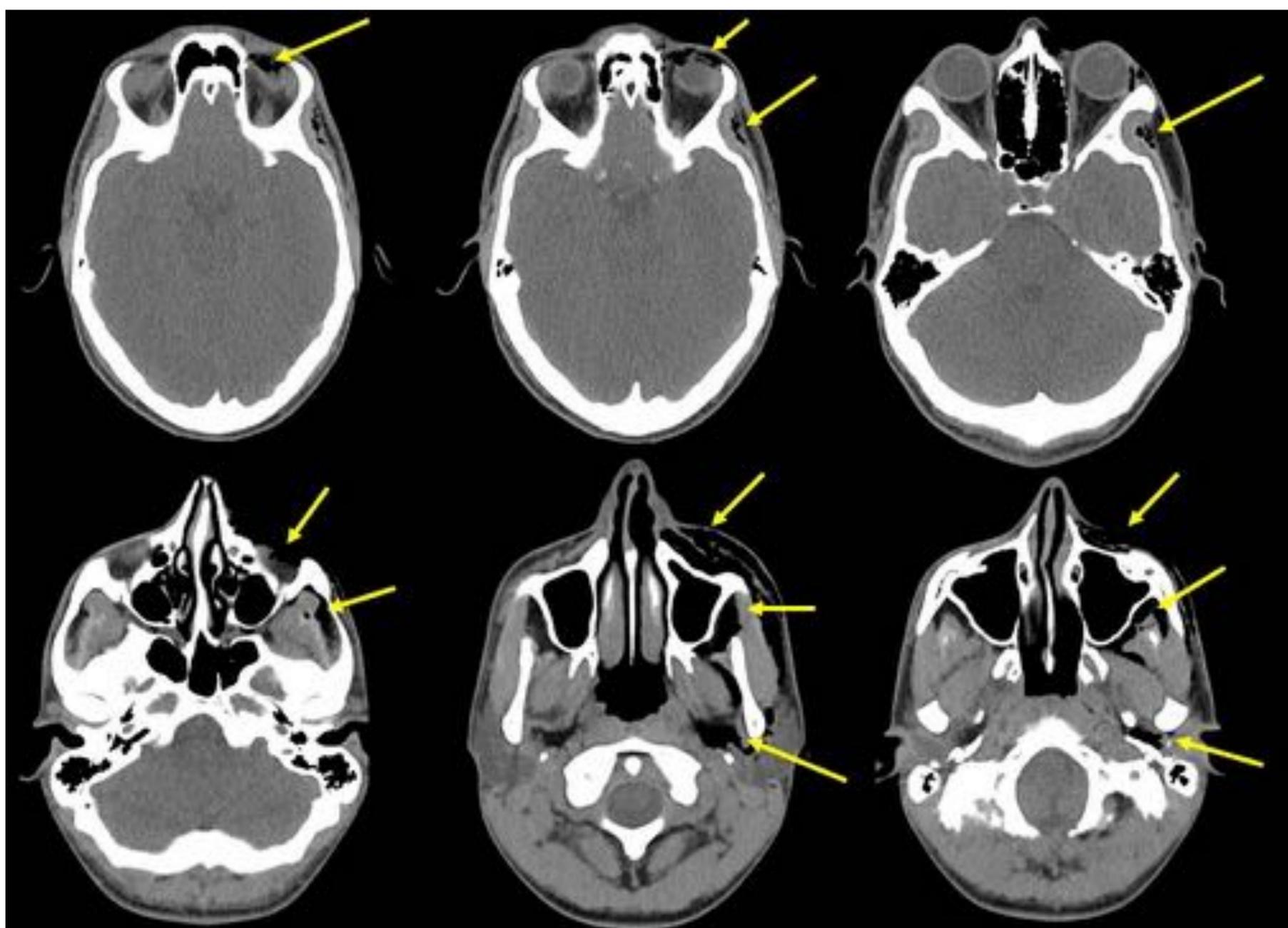
# Revisión del tema:

A la exploración física llama la atención cierta deformidad facial a expensas de edema periorbitario izquierdo con crepitación asociada, en relación con enfisema subcutáneo. No se objetiva eritema ni signos inflamatorios agudos. El resto de la exploración fue rigurosamente normal.

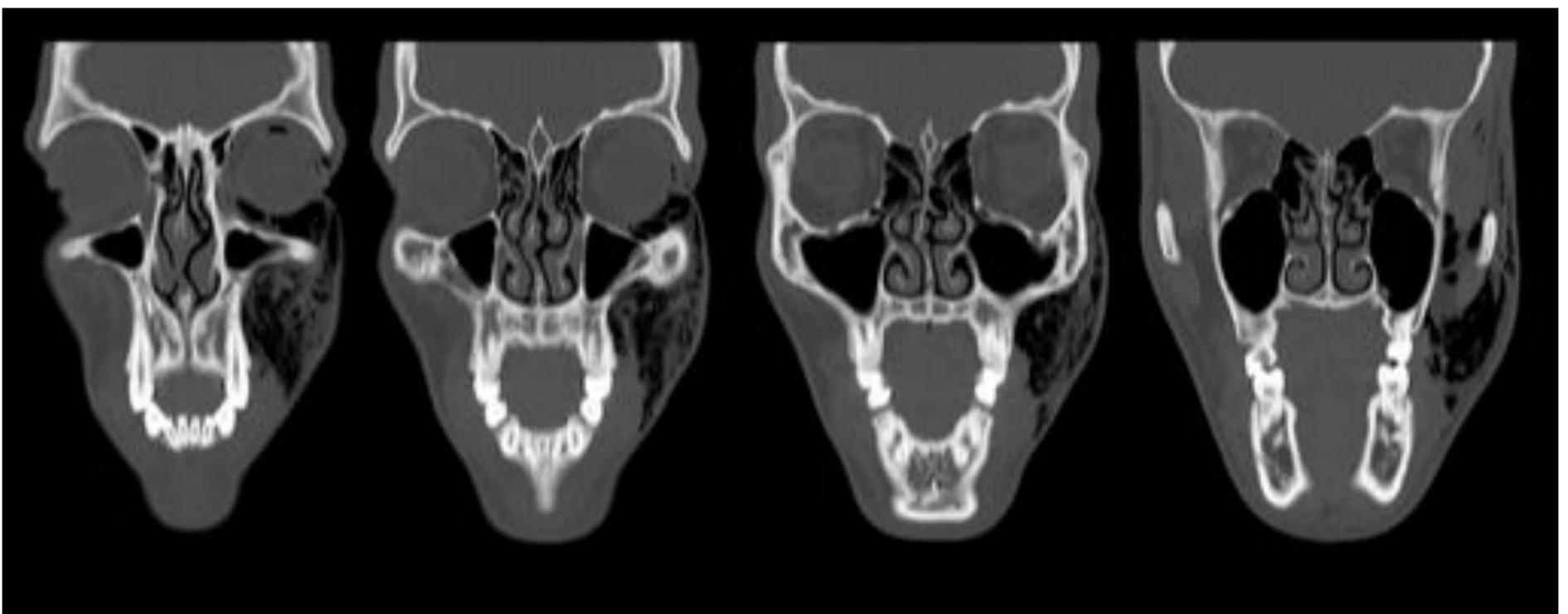
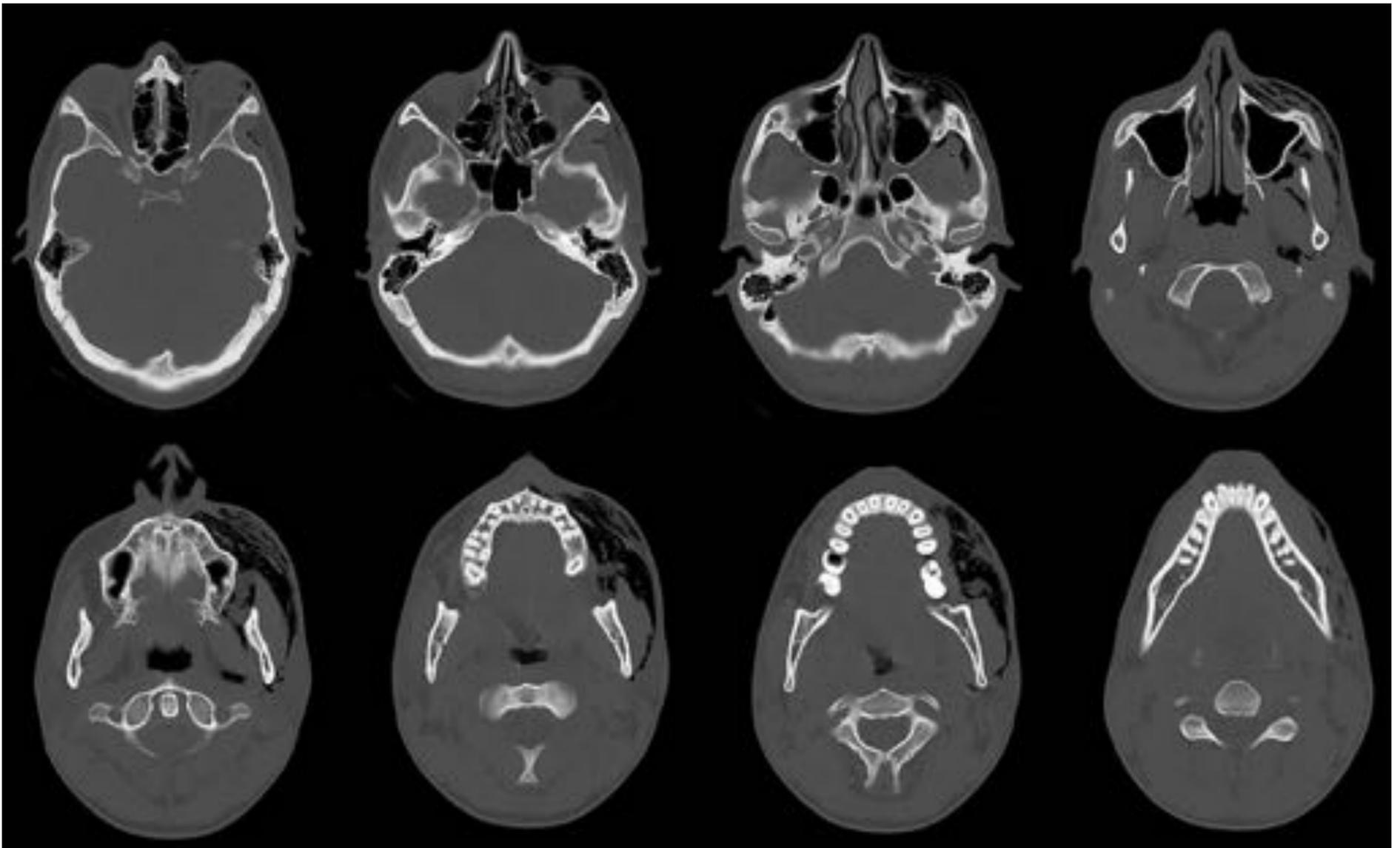
Se solicitan analítica de sangre y de orina para valoración de tóxicos en orina, y radiografía simple de tórax y abdomen. Ante la normalidad de las pruebas solicitadas, salvo por la positividad de cannabis en orina, se decide realizar tomografía computarizada (TC) de forma urgente.

# Revisión del tema:

Se realiza TC de senos paranasales, órbita, cara y cuello, recogiendo mitad inferior de cráneo y región superior de tórax, llevando a cabo estudio comparativo con TC previo realizado en otro centro, en relación con antecedente personal de neumomediastino referido en la historia clínica.



**(Figuras 1 y 2)** TC de senos paranasales y cervicotorácico, cortes axiales con algoritmo partes blandas. Se identifica importante enfisema afectando a hemicara y hemicuello izquierdos de distribución orbitaria (de localización predominantemente extraconal), periorbitaria, en fosa infratemporal, región malar, articulación temporomandibular (ATM), región parotídea, espacio parafaríngeo preestiloideo, espacio masticador, espacio submandibular y grasa retromaxilar, todos ellos izquierdos.



**(Figuras 3 y 4)** TC de senos paranasales y cervicotorácico, cortes axiales y coronales con algoritmo hueso. Se identifica importante enfisema afectando a hemicara y hemicuello izquierdos de distribución orbitaria (de localización predominantemente extraconal), periorbitaria, en fosa infratemporal, región malar, articulación temporomandibular (ATM), región parotídea, espacio parafaríngeo preestiloideo, espacio masticador, espacio submandibular y grasa retromaxilar, todos ellos izquierdos.

# Revisión del tema:

En el estudio TC no se evidenció gas cervical de localización infrahioidea ni líneas de fractura. Tampoco se visualizaron burbujas aéreas en la porción de cráneo visualizada.

En la porción de tórax recogida en el estudio (región superior) no se objetivaron signos de neumotórax ni neumomediastino (tampoco fueron visualizados en radiografía simple de tórax realizada de forma previa al TC). Así mismo, se revisaron imágenes de TC previo (en relación con antecedente personal previo de enfisema y neumomediastino) donde tampoco se constataron signos de neumotórax ni neumomediastino.

# Revisión del tema:

Ante los hallazgos del TC, se solicita interconsulta con el servicio de Otorrinolaringología, quienes valoran al paciente llevando a cabo exploración mediante rinofibrolaringoscopia, siendo ésta totalmente normal. Se evidencia discreta crepitación en rama mandibular ascendente y región periorbitaria izquierdas.

Finalmente, el paciente es dado de alta con pauta de analgesia (paracetamol 1 gramo cada 8 horas) y antibioterapia oral (amoxicilina-clavulánico 875/125 mg 1 toma cada 8 horas durante 8 días) para prevenir infecciones.

# Revisión del tema:

El enfisema cervicofacial subcutáneo es una entidad poco frecuente, definiéndose como la presencia anormal de aire o gas en los tejidos subcutáneos de la cabeza y el cuello. En el caso de que el aire también penetre en el mediastino, se hablará de un neumomediastino.

Sin embargo, a pesar de que el enfisema cervicofacial subcutáneo suele ser un proceso autolimitado en el tiempo, si se produce un paso importante de aire hacia espacios profundos, puede acabar produciendo una disección del mediastino y de la cavidad pleural, con compromiso de la vía aérea o sobreinfección.

Suele presentarse como hinchazón y crepitación a nivel de cara y cuello sin objetivarse eritema asociado, y es por ello por lo que en un número elevado de casos se diagnostica de forma errónea, siendo confundido con otras entidades (síndrome de vena cava superior (SVCS), hematoma, angioedema...).

# Revisión del tema:

Puede estar asociado por una amplia variedad de etiologías, tales como traumatismos, intervenciones quirúrgicas a nivel de cabeza y cuello, intubación oro-traqueal, cualquier tipo de proceso que condicione neumomediastino, procedimientos dentales o infecciones de tejidos blandos. No obstante, también existen casos en la literatura donde el enfisema cervicofacial tiene una etiología autoinducida, asociada a maniobras de Valsalva y tipo Valsalva (tos, estornudos, defecación difícil, parto, vómitos...), habiendo sido descrito en pacientes psiquiátricos o en reclusos que utilizan este recurso con el fin de simular una emergencia médica y ser trasladados.

# Revisión del tema:

En el caso del de enfisema cervicofacial subcutáneo autoinducido (también conocido como enfisema facial de camuflaje, puesto que en múltiples ocasiones es utilizado por algunos delincuentes como técnica para evitar las ruedas de reconocimiento), la técnica consiste en realizar varios pinchazos de forma bilateral en la parte posterosuperior de la mucosa oral del labio superior (habitualmente entre el colmillo y el primer molar), utilizando cualquier objeto afilado (agujas de coser, piercings, espinas de pescado...).

Posteriormente, el recluso realiza una maniobra de Valsalva con la cavidad oral llena de aire, permitiendo que el aire recogido se difunda a través de los orificios creados, ocasionando el enfisema. Generalmente, la maniobra de Valsalva se realiza en varias ocasiones durante un período de entre 10-15 minutos hasta lograr la hinchazón de la cara.

# Revisión del tema:

En múltiples ocasiones, dependiendo del grado de las lesiones autoinducidas y de las maniobras de Valsalva llevadas a cabo, el enfisema facial o cervicofacial también puede ir acompañado de neumomediastino o de neumotórax.

El diagnóstico de esta entidad se lleva a cabo a través de pruebas de imagen.

## **Radiografía simple de tórax**

Tanto si existe neumomediastino o neumotórax asociado al enfisema cervical como si no, generalmente la radiografía simple de tórax en proyecciones posteroanterior y lateral suele ser suficiente, mostrando una línea radiolúcida entre el borde izquierdo del corazón y la pleura mediastínica. Sin embargo, es importante recalcar que hasta en un 50% de casos, el neumomediastino puede pasar desapercibido en la proyección posteroanterior, siendo de obligada realización la proyección lateral.

# Revisión del tema:

De esta manera, la proyección lateral permite visualizar la existencia de aire en el espacio retroesternal como líneas radiolucientes que delinear la aorta y otras estructuras mediastínicas, aumentando la sensibilidad de detección del neumomediastino hasta casi el 100%.

## **Otras pruebas de imagen complementarias**

También se pueden utilizar otros procedimientos diagnósticos complementarios, destacando el TC cérico-torácico para descartar causas primarias que justifiquen el cuadro (síndrome de Boerhaave, rotura traumática del árbol traqueobronquial...) – como fue realizado en nuestro caso.

# Revisión del tema:

En lo que respecta al tratamiento del enfisema subcutáneo cervicofacial, en el momento actual sigue basándose en el tratamiento de la causa primaria (si ésta existiese), así como en la administración de oxígeno al 100% y antibióticos profilácticos hasta que el enfisema se resuelva.

# Revisión del tema:

En nuestro caso, el paciente negó en todo momento automutilación con posterior realización de maniobras de Valsalva, pero dados los antecedentes personales (cuadro clínico de idénticas características en el año anterior) y al no identificar mediante la historia clínica y las pruebas radiológicas ninguna causa que justificase el enfisema subcutáneo cervicofacial, tenemos una elevada sospecha de que el origen del cuadro fue autoinducido.

Por tanto, el enfisema cervicofacial autoinducido o de camuflaje se define como un tipo de enfisema facial facticio, con una incidencia desconocida, probablemente superior a lo recogido en la escasa literatura existente al respecto, dado que el paciente siempre tiene la necesidad de ocultar su implicación en el procedimiento.

# Conclusiones:

Es importante recalcar que, aunque el enfisema cervicofacial subcutáneo autoinducido es un proceso autolimitado (entre dos y cuatro días) y no reviste gravedad, se debe tener conciencia de su existencia en aquellos casos en los que no se encuentre una causa capaz de explicar su origen, especialmente si nos encontramos ante pacientes que podrían obtener un beneficio de ello, como es el caso de la población reclusa.