



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

284/45 - SI LO TOLERO, ENTONCES NO CONSULTO

A. Gómez Díaz^a, C. Ortega Condés^b y M. López Cano^c

^aCAP Valldoreix. Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Terrassa. ^bMédico de Familia. CAP Valldoreix. Terrassa. Barcelona. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Terrassa Sud. Terrassa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 18 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes patológicos importantes. Presenta ligero dolor torácico derecho de 4 días de evolución, de inicio brusco, continuo y que se acompaña de sensación de opresión y ligera disnea. Acude a consulta por persistencia de la sintomatología a pesar del paso de los días.

Exploración y pruebas complementarias: A nuestra visita encontramos paciente afebril, normotenso, con SatO₂ 99% y frecuencia respiratoria de 24 rpm; al examen físico evidenciamos hipofonesis de hemitórax derecho con conservación del murmullo vesicular en hemitórax contralateral. Dada la ausencia de antecedentes relevantes y los datos recogidos en el interrogatorio se deriva a urgencias hospitalarias donde se amplía el estudio solicitando Rx de tórax, evidenciándose neumotórax derecho con desviación mediastínica hacia hemitórax izquierdo.

Juicio clínico: Valoramos los datos recogidos y destaca la poca sintomatología presentada por el paciente a pesar de los días de evolución y la afectación evidenciada en el estudio radiológico.

Diagnóstico diferencial: Dada la sintomatología referida debemos plantearnos el diagnóstico diferencial con otras patologías que presenten dolor torácico y disnea, como por ejemplo neumotórax, pericarditis, cardiopatía isquémica, disección aórtica, etc. Ampliamos el estudio con analítica sanguínea que no muestra alteraciones y Rx de tórax con los cuales orientamos el cuadro como Neumotórax espontáneo.

Comentario final: Se coloca tubo de tórax, se comprueba colocación y reexpansión parcial. Se ingresa al paciente en planta de Cirugía Vasculardonde en posteriores controles radiográficos no se objetiva reexpansión pulmonar completa. Finalmente se realiza intervención quirúrgica donde se observa zona bullosa apical que se reseca y se deja drenaje. Sale de alta sin incidencias y con buena evolución en control post hospitalización. Consideramos que este caso es relevante para la Medicina de Familia ya que puede ser detectado en atención primaria, sobre todo en niños o jóvenes que dada su buena tolerancia o adaptación pueden presentar el cuadro con varios días de evolución y con escasa sintomatología acompañante; pero a pesar de ello no podemos dirigir nuestro diagnóstico sin antes hacer un correcto ejercicio de diagnóstico diferencial.

Bibliografía

1. Sainz Menéndez B. Actualización sobre neumotórax. Revista Cubana de Cirugía. 2013;52(1).
2. Moreno Balsalobre R. Neumotórax, hemotórax y empiema. Revista Patología Respiratoria. 2006;9(2):101-3.