



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2300 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISNEA SÚBITA

J. García Cintas^a, E.M. Romero Rodríguez^b, J. López Moreno^c, F.F. Fernández Rodríguez^d y R.J. Reyes Vallejo^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Occidente. Córdoba.

^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Aeropuerto. Córdoba.

^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Sur. Córdoba.

^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Córdoba-Guadalquivir. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 26 años de edad sin alergias medicamentosas. No HTA, no DM, no hiperlipemia. No cardiópata ni broncópata. Fumador de 10 paquetes-año. Niega hábito enólico y otros tóxicos. No cirugías previas. No tratamiento habitual. Paciente que acude a Urgencias por disnea de reposo, de comienzo súbito, de 6 horas de evolución, asociado a dolor en hemitórax derecho, de inicio súbito, punzante, que empeora con movimientos respiratorios y se alivia con inmovilización de la zona afectada. Se interrogó sobre el consumo de tóxicos, la existencia de esfuerzos mecánicos y la presencia de alteraciones en el estado de ánimo en los días previos; siendo todo esto negado por el paciente.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física: consciente, orientado, palidez mucocutánea, sudoroso; T^a: 36,5 °C. FC: 120 lpm. FR: 26 rp, TA: 90/60 mmHg. Saturación de O₂ basal 96%. glucemia capilar: 116 mg/dl. Pupilas isocóricas y normo reactivas. Pares craneales conservados. Ingurgitación yugular. Carótidas rítmicas e isopulsátiles. Exploración cardiorrespiratoria: rítmica, taquicárdica, sin soplos añadidos. Diminución de movilidad de hemitórax derecho, sin tiraje costal. Timpanismo en dicho hemitórax, con murmullo vesicular abolido. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni organomegalias, sin irritación peritoneal. Blumberg y Murphy negativos. Ausencia de puntos dolorosos. Puñopercusión renal negativa. Gasometría arterial: pH: 7,41 PO₂: 74, PCO₂: 34, HCO₃: 21,6. ECG: ritmo sinusal, segmento PR y segmento QT dentro de los límites, QRS de morfología normal, sin alteraciones de segmento ST, sin cambios de repolarización ni signos de hipertrofia ventricular. Analítica que incluyó: hemograma, bioquímica y coagulación, que fueron estrictamente normal. Radiografía de tórax: Imagen hiperlúcida, con ausencia completa de flujo vascular pulmonar y línea pleural visceral claramente visible en el hemitórax derecho. Evolución: tras valorar las pruebas complementarias solicitadas, el paciente ingresa en la Unidad de Críticos, para realización de toracocentesis, siendo posteriormente intervenido a los 3 días de bullectomía apical de LSD y pleurodesis. Evolución favorable, sin complicaciones quirúrgicas. Reexpansión pulmonar radiológica y retirada de drenaje a las 24 horas.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo primario derecho hipertensivo.

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad. Consumo de tóxicos. Volet costal. Neumotórax.

Tromboembolismo pulmonar. Edema agudo de pulmón. Cuerpo extraño en tráquea o laringe.

Comentario final: Dada la gravedad y morbilidad asociada al proceso respiratorio que se ha desarrollado en este trabajo, la identificación precoz de esta patología en todo paciente con disnea aguda es de vital importancia. Es habitual en los Servicios de Urgencias y Emergencias considerar en pacientes jóvenes la etiología psicógena frente a la respiratoria, fundamentalmente orientados por el marcador pulsioximétrico, que en este caso era normal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grundy S, Bentley A, Tschopp JM. Primary Spontaneous Pneumothorax: A Diffuse Disease of the Pleura. *Respiration*. 2012;83:185-9.
2. Yarmus L, Feller-Kopman D. *Chest*. 2012;141(4):1098-105.
3. Kaneda H, Nakano T, Taniguchi Y, Saito T, Toshifumi K, Saito Y. Three-step management of pneumothorax: time for a re-think on initial management. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*. 2013;16:186-92.