



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1003 - NUNCA SUBESTIMES EL PODER DEL FONENDOSCOPIO

M. Turégano Yedro<sup>a</sup>, L. Tobajas Belvís<sup>b</sup>, A.M. Aragón Merino<sup>c</sup>, R. Vicente Pacheco<sup>d</sup>, M.J. Jurado Mancheño<sup>e</sup>, J.C. Romero Vigará<sup>f</sup> y M. Turégano Albarrán<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres. <sup>d</sup>Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aldea Moret. Cáceres. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Manuel Encinas. Cáceres. <sup>g</sup>Médico de Familia. Coordinador médico de Prevemont. Cáceres.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 25 años sin factores de riesgo cardiovascular (FRCV) ni hábitos tóxicos que acude al servicio de Urgencias por presentar desde hace horas dolor costal al realizar una inspiración forzada e hipofonesis en base pulmonar izquierda, motivo por el que viene derivada de su Centro de Salud. Negaba traumatismo en dicha zona, y no refería disnea, ni dolor torácico, ni otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Respecto a la exploración física, la saturación era óptima (99% O<sub>2</sub>) y la auscultación cardíaca era rítmica sin soplos, pero en la auscultación pulmonar destacaba una hipofonesis basal izquierda. En las pruebas complementarias solicitadas: el ECG mostraba un ritmo sinusal a buena frecuencia sin alteraciones de la repolarización, la analítica no mostró ningún parámetro alterado, y en la radiografía de tórax se objetivó la presencia de un neumotórax izquierdo con colapso casi total de dicho pulmón.

**Juicio clínico:** Neumotórax espontáneo izquierdo primario.

**Diagnóstico diferencial:** Es importante diferenciar esta patología de otras que pueden presentar una clínica e imagen radiológica compatible como las bullas de enfisema, las hernias diafragmáticas, el enfisema lobar congénito o el síndrome de McLeod.

**Comentario final:** La incidencia de neumotórax en nuestro medio es desconocido debido a su clínica inespecífica, pero oscila entre 7-28 casos por cada 100.000 habitantes. El neumotórax espontáneo primario (NEP) suele presentarse en pacientes jóvenes, sin patología de base y sanos. Por tanto, tiene un buen pronóstico a diferencia del neumotórax secundario, que siempre se halla asociado a alguna patología neumológica de base. El hábito de fumar desempeña un papel relevante en la génesis del neumotórax; sin embargo, en muchos casos no está presente. La disnea, el dolor (que empeora con la tos o la inspiración) o la rigidez muscular antiálgica son los síntomas predominantes; pero debido a la inespecificidad de la clínica en muchas ocasiones, la buena anamnesis y la exploración detallada (que hizo sospechar el neumotórax) son claves para posteriormente confirmarse el diagnóstico con las pruebas complementarias. El signo radiológico

más común es la ausencia de vasos pulmonares, extendiéndose hasta la periferia de la pared torácica. El tratamiento del primer episodio del NEP suele realizarse con la colocación de un tubo de drenaje endotorácico, como fue este caso. Sin embargo, es elevado el porcentaje de recidivas (principalmente por la presencia de bullas), por lo que en muchos casos se acaba realizando tratamiento quirúrgico, que es el tratamiento definitivo. Existen varias alternativas para el tratamiento definitivo, pero actualmente la más aceptada es la toracoscopia vídeo-asistida (Video-Assisted Thoracoscopic Surgery o VATS). En nuestro caso, la paciente volvió a sufrir dos nuevos episodios y tras la realización de VATS izquierda con resección pulmonar en cuña y pleurodesis mecánica, no ha vuelto a presentar recidivas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ramos G. Neumotórax espontáneo. Arch Bronconeumol. 1994;30:1-4.
2. Guelbenzu JJ, Villa E, Ágreda J. El neumotórax espontáneo: revisión de 130 casos. Anales Sis San Navarra. 2001;24:307-13.
3. Armas Darias JC, Vladés Mesa PG, Rodríguez Rivero A, Valdés Leyva FR. Algunos aspectos clinicoquirúrgicos del neumotórax espontáneo. Rev Cubana Cir. 2001;40:7-11.
4. Toledo Trujillo F, Otón Sánchez CA. Radiodiagnóstico del tórax. Cavidad torácica. Neumotórax. En: Gil Gayarre M, Martínez Morillo M, Otón C, editores. Manual de Radiología Clínica. Madrid. Harcourt Brace Publishers Internatonal; 1997. Parte especial, p. 181.
5. Mc Duff A, Arnold AHJ. BTS guidelines for the management of spontaneous pneumothorax. Thorax. 2010;65:1118-31.