



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/868 - ESTOY NERVIOSO Y ME CUESTA RESPIRAR

Ú. Ródenas Ferrando¹, L. Pastor Pou², M. Rodríguez Nogué³ y A. Berné Palacios¹

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte y Centro. Zaragoza. ³Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fernando El Católico. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 49 años, antecedente de gastritis atrófica y episodio de neumotórax espontáneo hace mes y medio que requirió drenaje torácico. No intervenciones quirúrgicas. Acudió a urgencias un mes después por inicio de dolor a punta de dedo en zona inframamaria izquierda sin irradiación, sin disnea ni otra clínica. ACP y Rx de tórax normal. Alta con analgesia oral. 2 días después, acudió a Urgencias por inicio, estando en reposo, de disnea de 12 horas de evolución junto con sensación opresiva centrotorácica. Se encontraba nervioso y hacía mucho hincapié en ello "cuando pienso que no puedo respirar, todavía respiro peor". La clínica fue de inicio progresivo, refería que cuando se distraía, la disnea desaparece pero no la opresión torácica. El dolor no se irradiaba y salvo sudoración, no contaba cortejo vegetativo. Tampoco palpitaciones. No clínica compatible con COVID.

Exploración y pruebas complementarias: TA 141/82. SatO₂ 95%, T^a 36 °C. Eupneico en reposo. Auscultación cardiaca: ruidos rítmicos a 70 ppm sin soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar: hipofonesis en campos izquierdos. MVC en campos derechos sin otros ruidos añadidos. Abdomen normal. Osteomuscular: dolor en zona inframamaria izquierda a punta de dedo. No crepitación, no escalón. Cicatriz por colocación previa de tubo de drenaje. Analítica de sangre: normal (con troponinas y D-dímero). ECG: normal. Rx de tórax: neumotórax completo de pulmón izquierdo. Enfisema bulloso subpleural. PCR COVID-19: negativo. Ingresó en Cirugía torácica donde colocaron tubo de drenaje sin complicaciones y posteriormente realizaron bullectomía apical izquierda con buena evolución.

Orientación diagnóstica: Recidiva de neumotórax. Segundo episodio.

Diagnóstico diferencial: Su antecedente y exploración orientan el diagnóstico, pero, debemos hacer diagnóstico diferencial con: IAM, pericarditis, neumonía, TEP, disección aórtica, rotura esofágica, ansiedad.

Comentario final: El paciente manifestaba constantemente su nerviosismo. Este caso es un ejemplo de lo importante que es revisar los antecedentes personales de los pacientes, principalmente en Urgencias donde perdemos su evolución una vez son dados de alta. Sus antecedentes, junto con la anamnesis, exploración y petición de pruebas complementarias, nos ayudan a una correcta orientación diagnóstica.

Bibliografía

1. Pintado B, Rigual J, Arrieta P. Protocolo diagnóstico y terapéutico del neumotórax. *Medicine*. 2019;12(88):5189-92.

Palabras clave: Disnea. Neumotórax espontáneo.