



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



423/42 - LO QUE ESCONDE UN CATARRO

C. Arenas Traverso¹, L. Muñoz Olmo¹, I. Mancilla Mariscal¹, A. Expósito Mateo¹, H. Lugo Ramos¹, A. Pérez Fernández²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital General Santa María del Puerto. Cádiz,

²Médico General. Servicio de Urgencias. Hospital General Santa María del Puerto. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 18 años con antecedentes personales de enfermedad por reflujo gastroesofágico en tratamiento con IBP y fumador ocasional. Acude a su Medicina Familiar y Comunitaria por cuadro de congestión nasal y tos seca de 3 días de evolución, añadiéndose sensación de falta de aire desde hace 4 horas tras tos persistente. Tras exploración física y encontrándose hemodinámicamente estable, se indica alta a domicilio con diagnóstico de Catarro Vías Altas y tratamiento sintomático. A las 12 horas acude al servicio de Urgencias hospitalarias por persistencia de la clínica anterior junto con febrícula, dolor torácico intermitente sin cortejo vegetativo acompañante e inflamación del cuello.

Exploración y pruebas complementarias: A la llegada, PA 120/70, FC 119, SAT O2 92, T^a 37,2 °C, FR 26 rpm. Aceptable estado general, taquipneico en reposo, sin focalidad neurológica. ACR rítmico sin soplos, hipoventilación generalizada con sibilantes aislados en ambos campos. Abdomen y miembros sin hallazgos. Se observa aumento del volumen de 1/3 superior del tórax, cuello y área submandibular con crepitación a la palpación a ese nivel. Se procede a la administración de oxigenoterapia a 2 lpm y estancia en observación para control. Se detecta en ECG taquicardia sinusal a 120 lpm, no datos de TEP ni alteraciones agudas de repolarización. Analítica y GSV: normal. Rx tórax y cervical: enfisema subcutáneo cervical; no líneas de neumotórax ni neumopericardio. TAC tórax con neumotórax apical izquierdo y neumomediastino, presencia de pequeñas bullas pleurales. Se procede al ingreso en cirugía para tratamiento conservador con oxigenoterapia, analgésicos, antitusígenos e IBP siendo la evolución favorable con alta a los 8 días.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo primario.

Diagnóstico diferencial: Cardiopatía isquémica, tromboembolismo pulmonar, neumonía, disección aórtica, pericarditis, úlcera péptica perforada, rotura esofágica.

Comentario final: El neumotórax espontáneo se define como la presencia de aire entre la pleura visceral y la parietal, sin enfermedad pulmonar subyacente. Cabe destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración física, ya que, aunque para la confirmación exacta fuera necesaria la realización de TAC tórax, desde el inicio (tras antecedentes, h^a clínica y exploración), era el primer diagnóstico de presunción.

Bibliografía

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

Rivas JJ, et al. Normativa SEPAR sobre el diagnóstico y el tratamiento del Neumotórax espontáneo. Archivos de Bronconeumología 2008.