



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 423/54 - "ME FALTA EL AIRE". DISNEA SÚBITA EN ADULTOS JÓVENES

S. López Santos<sup>1</sup>, A. Valdor Cerro<sup>2</sup>, D. Simarro Díaz<sup>3</sup>, y. Rodríguez González<sup>4</sup>, M. Calderón Torres<sup>5</sup>, I. Sánchez Martín<sup>4</sup>, D. San José de la Fuente<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Cantabria. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Torrelavega. Cantabria. <sup>5</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Son Llatzer. Mallorca. <sup>6</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Torrelavega.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 28 años que acude a Urgencias de SUAP por disnea de aparición súbita mientras se encontraba en reposo, dolor en hemitórax derecho y dificultad para el habla. No fiebre, ni otra clínica acompañante al preguntarle en la anamnesis. AP: no alergias. Fumador de 12 cig/día. No OH. No enfermedades previas.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 110/60. Temperatura 36 °C. FC 64. SatO2 95%. Taquipneico, con trabajo respiratorio asociado: tiraje subcostal. Palidez y frialdad cutánea. AC rítmica, sin soplos. AP abolición de murmullo vesicular en el lado derecho. No crepitación a la palpación costal. Abdomen anodino. Resto exploración normal. ECG: Ritmo sinusal a 60 lpm. Sin alteraciones agudas de la repolarización. QRS estrecho. PR normal. Rx tórax: neumotórax derecho con retracción total de dicho pulmón.

**Juicio clínico:** Neumotórax espontáneo. Se procede a derivar al paciente al Hospital de referencia para tratamiento y manejo.

**Diagnóstico diferencial:** En este caso, hay que realizar un diagnóstico diferencial de causas de disnea aguda. Causas cardíacas: IC (principalmente edema agudo de pulmón), SCA, taponamiento cardiaco, disección aórtica, endocarditis. Causas respiratorias: edema de glotis, aspiración de cuerpo extraño, SDRA, neumonía, crisis asmática, neumotórax, derrame pleural. Causas vasculares: TEP, embolia grasa. Otras: ansiedad, anemia...

**Comentario final:** Diferenciamos varios tipos de neumotórax: el neumotórax espontáneo primario se define como la acumulación de gas en el espacio pleural. Se presenta cuando no hay enfermedad pulmonar subyacente y se cree que es causado por la ruptura de bullas pulmonares. La enfermedad afecta con mayor frecuencia a varones jóvenes, altos y delgados, que como único factor de riesgo tienen el tabaquismo. El neumotórax espontáneo secundario aparece como complicación de una enfermedad pulmonar subyacente: EPOC, asma, fibrosis quística. Por otro lado, el neumotórax traumático, resulta de la lesión torácica por diferentes motivos: desde iatrogenia médica a accidentes de tráfico o por arma blanca. El neumotórax a tensión aparece también de forma

traumática, pero sin solución de continuidad en la piel, como consecuencia de que aumenta notablemente la presión intrapulmonar y este se colapsa.

### **Bibliografía**

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

Hernández Ortiz C. Protocolo neumotórax. Hospital Universitario Donostia. Osakidezta.

Porcela JM, García-Gil D. Urgencias en enfermedades de la pleura. Rev Clin Esp. 2013;213(5):242-50.