



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2217 - DOLOR TENGO DOLOR

A.I. Zambrano Paz^a, S. Abella Ordas^b, A. Schneider Núñez^c, N.A. Imbachí Zambrano^d, J.L. Compere Bateau^b, N.I. Contreras Mercado^e, N.O. Zambrano Paz^f y M. López Filloy^g

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León.

^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León.

^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León.

^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias 2. Valladolid oeste.

^gMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León.

Resumen

Descripción del caso: La presencia de aire en el espacio pleural, sin traumatismo torácico, sin enfermedad pulmonar subyacente, nos orienta a un neumotórax espontáneo primario. Los cambios fisiopatológicos dependen del grado de colapso y el estado de la función cardiopulmonar del paciente. Presentamos un varón de 38 años que acude a urgencias del hospital de León por disnea y dolor torácico derecho, AP: fumador desde hace 9 años, 20 paquetes/año.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/70, disneico, Sat. O₂ 92% y T^a 36,5°. A la exploración: AP: abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho, resto de la exploración normal. A destacar en la analítica leucocitosis 17.200 con fórmula normal (coagulación, orina y resto bioquímica normal). Rx. tórax neumotórax derecho completo y ECG onda Q en cara inferior. Ingresó en Neumología con diagnóstico de neumotórax espontáneo derecho, se realiza toracostomía en 4^o EID sin incidencias, reexpansión pulmonar en la Rx. de tórax control. Ingresado durante 3 días, evolución favorable. Se retira tubo de tórax sin complicaciones y asintomático en el momento del alta.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo primario (primer episodio).

Diagnóstico diferencial: Procesos con dolor torácico y disnea de comienzo brusco y Rx tórax inespecífica: bulla de enfisema o quiste broncogénico, pericarditis, trombo embolismo pulmonar, cardiopatía isquémica, rotura esofágica, úlcera péptica perforada, disección de aorta.

Comentario final: El neumotórax espontáneo primario, se debe a la rotura de bullas pleurales apicales, espacios quísticos pequeños que se encuentran dentro o inmediatamente debajo de la pleura visceral, es casi exclusivo de fumadores, lo que indica que esos pacientes tienen una enfermedad pulmonar subclínica. Aproximadamente la mitad de los pacientes presentará una recaída. El tratamiento es conservador, reposo y oxigenoterapia si es < 2 cm en ápex y 1 cm en el resto (< del 20% campo pulmonar) asintomático y primer episodio; si es > 2 cm en ápex y 1 cm en el

resto, evacuar el aire mediante colocación del tubo de tórax en 2 espacio intercostal o 4 espacio intercostal línea axilar anterior. La toracoscopia o toracotomía con abrasión pleural tiene éxito en casi 100% de los casos en la prevención de las recurrencias. El síntoma más frecuente es el dolor torácico agudo (en punta de costado), puede estar asociado a disnea, tos, sudoración, taquicardia; 5-10% son asintomáticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivas J, et al. Archivos de Bronconeumología, 2008.
2. Fauci A. Harrison, Principios de Medicina Interna, 18ª ed México, Mc Graw Hill 2012.
3. Vázquez M. Guía de actuación en urgencias 4ª ed. Ponferrada 2012.