



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2492 - Neumotórax secundario a tuberculosis pulmonar

M. de la Roz Sánchez<sup>a</sup>, A. Ruíz Álvarez<sup>b</sup>, N. Fernández Sobredo<sup>c</sup>, S. Vidal Tanaka<sup>c</sup>, A. Estrada Menéndez<sup>d</sup>, I. Olaya Velázquez<sup>e</sup>, T. Flórez Gómez<sup>f</sup>, S. Junquera Alonso<sup>g</sup>, J. Flórez García<sup>e</sup> y N. González García<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carriona. Avilés. Asturias. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. Asturias. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias. <sup>f</sup>DUE. Hospital de Avilés. Avilés. Asturias. <sup>g</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 42 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 20 paquetes/año, con antecedente de tromboembolismo pulmonar que no precisó tratamiento posterior. No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Refiere desde hace 2 semanas disnea, sensación distérmica, malestar general y dolor en hemitórax derecho que se modifica con la respiración. No tos ni expectoración. En las últimas 24 horas empeoramiento progresivo con aparición de fiebre de 39 °C. Dada la clínica y la exploración física detallada a continuación se decide remitir a Urgencias de su hospital de referencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientado, sudoroso. Taquipneico en reposo. Temperatura: 39 °C. Tensión arterial: 130/80 mmHg. Pulsioximetría respirando aire ambiente: SpO<sub>2</sub> 87%. Auscultación cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Hipoventilación generalizada en hemitórax derecho con algún roncus en base homolateral. Resto de exploración normal. Analítica general con leve leucocitosis con desviación izquierda sin otros hallazgos significativos. Bacilo de Köch en esputo: positivo para Mycobacterium tuberculosis. ECG: taquicardia sinusal a 165 latidos por minuto. Radiografía de tórax: Neumotórax derecho completo y condensación cavitada parahiliar derecha. Tomografía computarizada de tórax: Neumotórax derecho, con pérdida de volumen en hemitórax ipsilateral. Adenopatías múltiples paratraqueales e hiliares derechas. Atelectasia de lóbulo inferior derecho.

**Juicio clínico:** Neumotórax derecho secundario a tuberculosis pulmonar.

**Diagnóstico diferencial:** En un momento inicial deben incluirse entre las opciones diagnósticas, causas infecciosas (neumonía) y por supuesto todas las causas de neumotórax (espontáneo, secundario a neumatías como asma, EPOC, fibrosis quística, etc.) pudiendo afinar más la sospecha gracias a la imagen cavitada en la radiografía de tórax que nos orienta hacia una etiología tuberculosa.

**Comentario final:** De manera urgente se coloca tubo de drenaje torácico consiguiéndose una reexpansión casi completa del neumotórax, tras lo que el paciente ingresa a cargo del servicio de Neumología para inicio de tratamiento antituberculoso con cuádruple terapia (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol). La importancia de la atención primaria en este caso radica en dos puntos claves: la derivación rápida al Servicio de Urgencias ante la sospecha de un neumotórax a tensión con compromiso de la función cardiorrespiratoria que constituye una emergencia vital y la realización en segundo tiempo de un estudio de contactos completo según las guías de práctica clínica.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Shamaei M, Tabarsi P, Pojhan S, Ghorbani L, Baghaei P, Marjani M, Masjedi MR. Tuberculosis-associated secondary pneumothorax: a retrospective study of 53 patients. *Respir Care*. 2011;56(3):298-302.