



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/512 - Me duele la garganta

M. Rodríguez Cortés<sup>a</sup>, G. Lorenzo González<sup>b</sup>, C. Fernández Expósito<sup>c</sup>, J.A. Castillo Serrano<sup>a</sup>, D. Leal Rodríguez<sup>c</sup> y J.L. Blanco Paños<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete. <sup>b</sup>Médico Residente 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona I. Albacete. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zona I. Albacete.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 28 años que acude a urgencias aquejada de dolor pleurítico de un día de evolución, el cual empeora con los movimientos, odinofagia y fiebre de 38 °C. Antecedentes personales: no reacciones alérgicas conocidas, fumadora 5 paquetes/año. No factores de riesgo cardiovascular. Cirugía previa: adenoidectomía.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Normohidratado, normocoloreado y normoperfundido. Eupneico en reposo; NRL: consciente y orientado, no focalidad neurológica; Boca: faringe eritematosa con exudados blanquecinos amigdalares; AC: rítmica, sin soplos; AP: disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo, no ruidos sobreañadidos; Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no palpo masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, RHA +; MMII: no edemas, ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos periféricos simétricos y conservados. Pruebas complementarias: Rx de tórax: neumotórax apical izquierdo con colapso pulmonar izquierdo parcial. Bioquímica: glucosa 101, creatinina 0,86, urea 43, sodio 141, potasio 3,5, GOT 28. Hemograma: hemoglobina 13,9, hematocrito 40,5, VCM 90,4, plaquetas 201.000, leucocitos 11.210 con N 9.630 (85,9%). Coagulación: INR 1,14, AP 82, TTPa 32,6, fibrinógeno 227.

**Juicio clínico:** Neumotórax izquierdo espontáneo. Faringoamigdalitis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Neumotórax, tromboembolismo, neumonía, derrame pleural, pleuritis.

**Comentario final:** Se comenta el caso con cirugía torácica, para la colocación de un tubo de drenaje. Finalmente se decide ingresar a la paciente en este servicio donde se coloca el drenaje torácico. Tras el seguimiento se observa un pulmón reexpandido, y ausencia de fuga aérea pulmonar, se retira el drenaje y se da de alta con la siguiente medicación: Augmentine 875 mg/8h durante 5 días, ibuprofeno 400 mg/8h según dolor y omeprazol 20 mg/24h mientras esté tomando antiinflamatorios. Entendemos neumotórax espontáneo como la presencia de aire en la cavidad pleural, de causa no traumática o iatrogénica. Se puede clasificar como primario (no hay una evidente enfermedad pulmonar) o secundario (hay enfermedad pleuropulmonar subyacente). Es un problema de salud significativo, aunque está infradiagnosticado, ya que puede cursar de forma

asintomática. Los mecanismos fisiopatológicos siguen siendo desconocidos, aunque se supone que el neumotórax espontáneo primario se debe a la formación y posterior rotura de bullas subpleurales. Se relaciona con el consumo de tabaco y la constitución física. El neumotórax espontáneo primario es típico de personas jóvenes y tiene un 30% de recidivas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rivas de Andrés JJ, Jiménez López MF, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del neumotórax espontáneo. Arch Bronconeumol. 2008;44(8):437-48.
2. Hermida-Pérez JA, Hernández Guerra JS, Guerra Abrante P. A propósito de un caso clínico. Neumotórax espontáneo. SEMERGEN. 2008;34(10):507-9.
3. Rey Cascajo F, Ortiz Lebaniegos I, Gallegos Cuesta M. Dolor pleurítico en paciente joven. SEMERGEN. 2009;35(3):148-52.