



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2053 - Un neumotórax encubierto

A. Márquez Martínez<sup>a</sup>, M.C. Naranjo Ratia<sup>b</sup>, C.M. Aznar Zamora<sup>c</sup>, M.Á. Barrero Martín<sup>d</sup>, M. Valenzuela Cortés<sup>e</sup> y N. Matamoros Contreras<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tomás del Valle. San Fernando. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz.

<sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. San Fernando. Cádiz. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. <sup>f</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 50 años con único antecedente de úlcera péptica en tratamiento con IBP, fumador con índice paquete/año: 45 y sin otros factores de riesgo cardiovasculares. Acude a Urgencias del Centro de Salud por dolor de cara posterior de hemitórax izquierdo de dos días de evolución. Describe el dolor como de inicio progresivo, punzante, no irradiante y que aumenta al movilizar el miembro superior ipsilateral. Refiere que no cede con analgesia habitual. El paciente no relaciona el dolor con traumatismo ni movimientos bruscos previos. Durante la anamnesis, nos refiere disnea a grandes esfuerzos físicos (bicicleta durante más de una hora) de un día de evolución a la que el paciente no había dado importancia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado, nutrido y perfundido. No aleteo nasal, tiraje intercostal ni otros signos de esfuerzo respiratorio. Afebril. Palpación no dolorosa de cara posterior de hemitórax izquierdo. No se observan alteraciones tróficas ni se palpan nudos de contractura. Movilidad conservada de miembro superior izquierdo. Maniobras de Neer I, Jocum, Jobe, Patte, Gerber y rascado de Appley negativas. Auscultación cardiaca: rítmico, sin soplos ni extratonos audibles. Auscultación pulmonar: abolición del murmullo vesicular en todos los campos de pulmón izquierdo; pulmón derecho con murmullo vesicular conservado y sin ruidos sobreañadidos. Ante la exploración anterior realizamos las siguientes pruebas complementarias. TA: 110/70; FC: 112 lpm; Sat O<sub>2</sub> 87%. ECG: ritmo sinusal a 110 lpm, eje con desviación a la izquierda a -60°, PR constante y normal. Sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax: hiperclaridad radiológica en pulmón izquierdo sin desplazamiento de línea media sugerente de neumotórax. Se deriva a Servicio de Urgencias hospitalario para continuar pruebas complementarias y tratamiento. El paciente permanece asintomático durante el traslado.

**Juicio clínico:** Neumotórax izquierdo.

**Diagnóstico diferencial:** En el diagnóstico diferencial del neumotórax debemos contemplar entidades de variada etiología como infarto agudo de miocardio, embolia pulmonar, neumonía,

pericarditis, disección aórtica, perforación o desgarró esofágico.

**Comentario final:** Los médicos de Atención Primaria reciben una enorme carga asistencial en los tiempos que corren. Muchos de ellos se ven obligados a dedicar un máximo de 7 minutos por paciente y a atender su cupo propio, cupos ajenos y consultas de Urgencias en una misma jornada. Es por esto que es fácil pensar en que se pueden pasar por alto ejercicios fundamentales para una buena praxis médica: la anamnesis y exploración detalladas, detenidas y completas de todos y cada uno de los pacientes. En el caso que nos ocupa, un dolor que en un principio nos orientó a patología osteomuscular, cambió de rumbo gracias a la anamnesis bien dirigida y a la exploración, permitiéndonos emitir un primer diagnóstico y derivar al paciente al Servicio de Urgencias del hospital de referencia, donde se confirmó tal diagnóstico inicial y se tomaron las medidas terapéuticas adecuadas para el paciente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Aguilar F, Bisbal O, Gómez C, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, Hospital universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012.