



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2860 - NEUMOTÓRAX SECUNDARIO ATÍPICO

C. Montilla Martínez<sup>a</sup>, E. Herrada Diaz<sup>b</sup>, F. Espínola González<sup>c</sup> y E. Ruiz Fernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ejido Sur. Almería. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla de Vúcar. Almería. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla de Vúcar. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 48 años de nacionalidad marroquí. Barrera idiomática completa. Acude acompañado de un amigo que actúa como traductor. Sin antecedentes personales de interés. Acude a Urgencias por dolor en hemitórax izquierdo, que aumenta con la digitopresión y movimientos, de 5 meses de evolución, que mejora con analgesia habitual (paracetamol, metamizol). Niega clínica infectiva respiratoria. Si expectoración matutina oscura. No fiebre ni sensación distérmica. No disnea. Niega síndrome constitucional y achaca su bajo peso a Ramadán.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 110/78 mmHg. FC: 94 lpm. Afebril. SatO<sub>2</sub>: 95%. DTT: 120 mg/dl. Aceptable estado general, consciente y orientado, caquéctico, eupneico. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos, a buena frecuencia. Murmullo vesicular abolido en base izquierda. No ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino. MMII: no edemas ni signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 93 lpm. Eje eléctrico normal. QRS estrecho. PR normal. No alteraciones de la repolarización. BIRDHH. Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Gasometría arterial: insuficiencia respiratoria global aguda. Rx tórax: tórax enfisematoso. Neumotórax izquierdo. No derrame pleural. Infiltrado en lóbulo superior derecho. TAC tórax: neumotórax anterior izquierdo. Enfisema paraseptal bilateral. Infiltrados algodonosos y nódulos con cavitación en LID, a descartar TBC. Serologías: VIH, VHB, VHC negativas. Cultivo esputo: negativo. BAAR esputo: negativos. Fibrobroncoscopia: no lesiones endobronquiales. BAAR del BAS: positivo. Se inserta tubo torácico de drenaje. Se inicia tratamiento específico de TBC. Evolución favorable.

**Orientación diagnóstica:** Tuberculosis pulmonar.

**Diagnóstico diferencial:** EPOC, neumotórax espontáneo, neoplasia pulmonar, neumonía necrotizante.

**Comentario final:** Ante un neumotórax, la primera medida es estudiar si se trata de un neumotórax primario o secundario como complicación de enfermedad pulmonar. Clínica principal: disnea, dolor torácico ipsilateral a neumotórax. Diagnóstico: radiografía de tórax donde se aprecia línea pleural visceral y se estima el tamaño del neumotórax. Si no está claro el diagnóstico (bullas, enfisema) se realiza un TAC.

### Bibliografía

1. Guía de práctica clínica de la SECT sobre el manejo de pacientes con neumotórax espontáneo. 2018.
2. Rivas de Andrés JJ, Jiménez López MF, et al. Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Spontaneous Pneumothorax. *Bronconeumología*. 2008;44.399-455.
3. Pozniak A. Clinical manifestations and complications of pulmonary tuberculosis. UpToDate, 2018.
4. Light RW. Secondary spontaneous pneumothorax in adults. UpToDate, 2018.

**Palabras clave:** Neumotórax. Tuberculosis. Bulla.