



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/2459 - DISNEA EN UN PACIENTE EPOC ¿TODAS SON IGUALES?

C. Montilla Castillo<sup>a</sup>, B. Castaño Torrijos<sup>b</sup>, C. Laserna del Gallego<sup>c</sup> y T. Pozurama Asenjo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio España. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Rondilla I. Valladolid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 59 años, sin alergias medicamentosa conocida. Independiente para ABVD. Exfumador de 40-60 cig/día. Camina 1h sin oxígeno. Con antecedentes médicos de: EPOC grave. Neumotórax hipertensivo izquierdo. Enfisema bulloso homogéneo. Toracotomía y resección de bullas apicales. SAHS obstructivos. Tratamiento: terbasmin turbuhaler, enalapril 5 mg, montelukast 10 mg, Anasma accuhaler, Spiriva, adiro 100 mg. Oxigenoterapia domiciliaria 2L. Paciente que acude a urgencia derivado por su médico de cabecera por presentar disnea brusca de mínimos esfuerzos de horas de evolución. Refiere dolor torácico de predominio derecho. Niega otra sintomatología acompañante. Importante trabajo respiratorio.

**Exploración y pruebas complementarias:** PA: 209/104 mmHg. FC: 111 lpm. T<sup>a</sup>: 36 SatO<sub>2</sub> basal: 88%. Paciente sudoroso, taquipneico. Consciente. Cianosis periférica. Taquicárdico. AC: rítmico no soplo AP: abolición murmullo vesicular en hemotórax derecho con sibilancias en hemitórax izquierdo. Analítica: Hb 16,5, Hcto: 51,7%, leucocitos: 15.800, N 77,6%, plaquetas: 343.000, glucosa: 144, creatinina: 0,80. Gasometría arterial: pH: 7,25, Pco<sub>2</sub>: 59,1, PO<sub>2</sub>: 66,1, Hco<sub>3</sub>: 25,5, Sat O<sub>2</sub>: 91,2%. Rx tórax: neumotórax espontaneo derecho. Enfisema bulloso. ECG: ritmo sinusal, FC 110 lpm,, sin cambios de repolarización.

**Orientación diagnóstica:** Neumotórax espontaneo derecho.

**Diagnóstico diferencial:** TEP, efusión pleural, perforación o desgarró esofágico.

**Comentario final:** El neumotórax es una de las patologías pulmonares más frecuentes Puede ser, según su etiología, espontáneo, traumático o iatrogénico. La incidencia del neumotórax espontáneo es de 7,4/100.000/año en hombres. Si bien la incidencia real es desconocida, ya que muchos pacientes no consultan. Lo fundamental es recordar que el diagnóstico del neumotórax a tensión es clínico y la demora en la toraconcentesis puede originar la muerte del paciente, por lo que no debe retrasarse el tratamiento para obtener pruebas diagnósticas adicionales. En nuestro paciente se le coloca en urgencias un tubo de drenaje y seguimiento posterior por los servicios de neumología y Cirugía torácica.

### Bibliografía

1. Chen Y, Guo Z. Unusual case of primary spontaneous hemopneumothorax in a young man with atypical tension pneumothorax: a case report. *J Med Case Rep.* 2018;12:188.
2. Schmidt DC, Andersson C, Schultz HH. ECG with alternating electric axis in relation to left-sided tension pneumothorax: a case report and review of the literature. *Eur Clin Respir J.* 2018;5:1495982

**Palabras clave:** Cavidad Pleural. Toracocentesis. Disnea.