



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/2620 - DOCTOR, ME DUELE EL PECHO

C. Berteli Fuentes<sup>a</sup>, L. Noguera Sánchez<sup>b</sup> y L. Ortega Olmo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomares. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilleja de La Cuesta. Sevilla.

<sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mairena del Aljarafe Ciudad Expo. Sevilla.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 17 años sin AP de interés. Acude a consulta por dolor transfixiante en región dorsal irradiado a cara anterior de tórax de 1 día de evolución que aumenta con la inspiración y movimientos, con leve sensación disneica asociada. Niega palpitations ni sobre esfuerzo físico. Refiere cuadro catarral con tos abundante en días previos. Se deriva a Hospital para valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** Eupneica, SatO<sub>2</sub> 98%. FC 104 lpm. Buen estado general, normocoloreada, bien hidratada y perfundida. Temperatura normal. Corazón rítmico sin soplos ni ruidos. Buen murmullo vesicular bilateral sin ruidos patológicos. Dolor a la palpación en hemitórax izquierdo y región dorsal izquierda. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normal. D-dímero: 1.225 ng/mL. Troponina I < 0,015 ng/mL. Gasometría venosa: pH 7,345, ppCO<sub>2</sub> 48,3 mmHg. Resto normal. ECG: RS a 91 lpm, eje normal, sin signos de isquemia aguda ni alteraciones de la repolarización. Rx tórax: ICT normal, sin signos de condensación ni derrame pleural. Rx tórax en espiración: dudosa mínima lamina de neumotórax en vértice pulmón izquierdo. TAC tórax: pequeña cámara de neumotórax apical izquierda.

**Orientación diagnóstica:** Neumotórax espontáneo primario (NEP) laminar apical izquierdo.

**Diagnóstico diferencial:** Otros procesos que cursan con dolor torácico, como tromboembolismo pulmonar, pericarditis, neumonía, derrame pleural, estados de ansiedad y espasmos musculares.

**Comentario final:** Se optó por manejo conservador, al alta con ejercicios de fisioterapia respiratoria y analgésicos. A los dos meses la paciente reconsultó por dolor costal izquierdo punzante en reposo que empeoraba con la inspiración profunda, tos y los movimientos. No disnea. Se remitió de nuevo a Urgencias diagnosticándose de nuevo neumotórax izquierdo optándose esta vez por colocación de drenaje torácico y derivación a Cirugía de tórax para resección de bullas y pleurodesis química. Actualmente la paciente está asintomática. Debemos sospechar neumotórax por la clínica de dolor pleurítico, disnea de presentación repentina y tos irritativa, así como taquicardia. El diagnóstico definitivo se realiza mediante radiografía de tórax. No se recomienda realizar sistemáticamente TAC a los pacientes con primer episodio de NEP.

## Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Álvarez Moital I. Guía clínica de Neumotórax espontáneo. Fisterra, 2016. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/neumotorax-espontaneo/>

**Palabras clave:** Dolor torácico. Disnea. Neumotórax.