



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/1702 - NEUMOTÓRAX MASIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Á. Viola Candela, A. Salvatierra Maldonado, A. Trigo González y M. Salinero Jiménez

Médico de Familia. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 69 años. EPOC en tratamiento con bromuro de tiotropio. Exfumador. Acude al Servicio de Urgencias Atención Primaria (SUAP) refiriendo disnea súbita en reposo con empeoramiento progresivo y trabajo respiratorio. Tos sin mayor volumen de esputo ni purulencia. Afebril. Niega dolor torácico y palpitations. Diuresis conservada sin edema EEII. En SUAP se inició tratamiento con broncodilatadores, corticoides, adrenalina nebulizada y diuréticos por impresión diagnóstica de edema agudo pulmón. Escasa respuesta. Se avisa al soporte vital avanzado: inician VMNI (BiPAP), sondaje vesical y traslado a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a urgencias hospitalarias: taquicardia 104 lpm, Sat O₂ 94%, normotenso. Regular estado general. Taquipnea, uso de musculatura accesoria e incoordinación toracoabdominal. No IY; auscultación cardiaca normal; pulmonar: hipoventilación, sibilancias de predominio izquierdo. Abdomen y EEII: normales. Dado el estado general se solicitó urgente Rx tórax portátil objetivándose neumotórax masivo derecho con gran bulla basal. Parámetros analíticos: acidosis respiratoria, fracaso respiratorio global, leucocitosis y desviación izquierda. BNP normal. Troponina alta sensibilidad 291,8. ECG normal. Dada la semiología, situación clínica y resultado de pruebas de imagen se procede a colocación de drenaje torácico con mejoría clínica y de la ventilación. El paciente ingresa en UCI. Se completó estudio con TC tórax: escaso neumotórax, reexpansión pulmonar e identificación de enfisema con bullas. Buen control sintomático en UCI retirándose tubo de drenaje torácico. El paciente es trasladado a Neumología donde continuó con mejoría clínica y radiológica hasta ser alta tras 6 días de ingreso hospitalario.

Orientación diagnóstica: Neumotórax derecho masivo, probable rotura de bulla pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Edema agudo pulmón, embolismo pulmonar, broncoespasmo.

Comentario final: El neumotórax es aire en el espacio pleural causando colapso pulmonar. Diagnóstico basado en criterios clínicos y Rx de tórax. La disnea es una de los síntomas más frecuentes de consulta en urgencias y puede ser la principal manifestación de enfermedades potencialmente graves, siendo fundamental la exploración física y historia clínica para una aproximación diagnóstica-terapéutica. La mayoría de los neumotórax requieren la aspiración mediante catéter o tubo de toracostomía.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Disnea. Taquipnea. Neumotórax.