



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/964 - DOLOR COSTAL SÚBITO EN PACIENTE JOVEN. ¿NEUMOTÓRAX SIN TRAUMATISMO NI DISNEA?

B. Zafra Olmo<sup>1</sup>, N. Cobo Valenzuela<sup>2</sup>, A. Amaro García<sup>1</sup> y A. Fuentes Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Felipe. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 25 años, sin antecedentes de interés, fumador de 1 paquete de cigarrillos/día y consumidor de marihuana. Acudió a Urgencias por presentar, súbitamente, dolor intenso en región costal derecha irradiado hacia la espalda; sin tos, dificultad respiratoria ni traumatismo previo. El dolor se exacerbaba con la inspiración profunda y no había presentado episodios similares previamente.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. Eupneico en reposo. Fenotipo: alto y delgado. Saturación O<sub>2</sub> 98% aire ambiente. FC: 65 lpm. TA: 125/75 mmHg. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos sin soplos. Auscultación respiratoria: disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho. El dolor no se reproduce con la palpación. Se realiza electrocardiograma: ritmo sinusal con BIRDHH ya conocido, sin alteraciones del ST.

**Orientación diagnóstica:** La sospecha sería un neumotórax por lo que se decide traslado en ambulancia a urgencias hospitalarias; se canaliza vía venosa periférica, se inicia sueroterapia y tratamiento sintomático con tramadol + metoclopramida IV. En la radiografía de tórax se confirma neumotórax completo derecho. El paciente ingresa a cargo de Cirugía Torácica, precisa colocación de drenaje pleural y después de 2 días es dado de alta con expansión pulmonar completa.

**Diagnóstico diferencial:** Infarto agudo de miocardio, pericarditis, pleuritis, dolor osteomuscular y perforación gástrica. También se deben considerar enfermedades respiratorias (neumonía, crisis asmática, exacerbación de EPOC...), pero dado que el paciente no tenía dificultad respiratoria y mantenía buena saturación de oxígeno no nos planteamos estas posibilidades.

**Comentario final:** El neumotórax espontáneo primario se presenta en pacientes sin enfermedad pulmonar subyacente y sin traumatismo previo, clásicamente en varones jóvenes delgados y altos. El consumo de tabaco y/o marihuana aumenta significativamente el riesgo de presentarlo, por lo que al alta se recomendó al paciente su abandono, ofreciéndole apoyo farmacológico y/o psicológico. La disnea en el neumotórax espontáneo suele ser intensa y aparece en la mayoría de los casos; sin embargo no se presentó así en nuestro paciente y nos basamos en las características del dolor y auscultación respiratoria para establecer el diagnóstico de sospecha.

### Bibliografía

1. Aguinagalde B, Aranda JL, Busca P, Martínez I, Royo I, Zabaleta J. Guía de práctica clínica de la SECT sobre el manejo de pacientes con neumotórax espontáneo. *Cir Esp.* 2018;96(1):3-11.
2. Landete Rodríguez P, Acosta Gutiérrez CM, Hernández Olivo M, Milian Goicoechea H, Diab Cáceres L. Neumotórax. *Medicine.* 2018;12(68):3999-4005.

**Palabras clave:** Dolor costal. Neumotórax. Drenaje pleural.