



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 482/1622 - LA EXPLORACIÓN ES LA QUE MANDA

C. Martín Paredes<sup>1</sup>, M. Tomé Pérez<sup>2</sup>, I. Fernández Salcedo<sup>1</sup> y M. Cano Ruíz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara. <sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara 2-Balconcillo. Guadalajara.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 50 años, sin alergias conocidas, con antecedentes de trastorno de conducta alimentaria, dispepsia funcional, tractos fibrosos pleuropulmonares biapicales, y asma bronquial en tratamiento con Fóster. IPA 7,5 paquetes/año. No antecedente de neumotórax previos. Acude a urgencias por dolor intenso que va en aumento en hemitórax izquierdo desde hace 3 días tras notar chasquido mientras hablaba por teléfono, sin otro antecedente previo. Se trata de dolor costal que empeora con la inspiración profunda, continuo que se irradia a fosa renal izquierda. No clínica respiratoria ni otra sintomatología referida.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, TA 139/79 mmHg, FC 99 lpm, SatO<sub>2</sub> 99%. Caquética. ACP: Rítmica sin soplos, hipofonesis global en hemitórax izquierdo, doloroso a la palpación sin crepitación. Resto sin interés. ECG: RS a 70 lpm, t aplanadas v2-v5. Analítica: troponina I alta sensibilidad 35,1, PCR SARS-CoV-2 negativa Rx tórax: neumotórax izquierdo global completo.

**Orientación diagnóstica:** Se realiza exploración y ECG en centro de salud, remitiéndola al hospital para valoración radiológica pertinente, que posteriormente confirma el diagnóstico de sospecha junto con daño miocárdico menor secundario al mismo. La paciente es ingresada en Cirugía General tras colocación de tubo de tórax y tras 6 días con resolución del mismo, es dada de alta.

**Diagnóstico diferencial:** Fractura costal. Dolor de características anginosas. Neumonía.

**Comentario final:** El neumotórax espontáneo (NE), ocurre sin un agente precipitante externo. El primario se da en pacientes jóvenes fumadores sin una enfermedad pulmonar subyacente y, habitualmente, se produce por la rotura de una bulla subpleural. La mayor parte de los secundarios se deben a enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Las opciones terapéuticas se pueden dividir en las que previenen (pleurodesis química, toracoscopia y toracotomía) o no (observación, aspiración y tubo de drenaje) las recurrencias. La elección de uno de estos procedimientos dependerá del tamaño, situación clínica del paciente, número de episodios acaecidos o si el neumotórax es primario o secundario.

### Bibliografía

1. Sahn SA, Heffner JE. Spontaneous pneumothorax. N Engl J Med. 2000;342:868.
2. Cheng YL, Huang TW, Lin CK, et al. The impact of smoking in primary spontaneous pneumothorax. J Thorac Cardiovasc Surg. 2009;138:192.

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