



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3352 - Lo que había detrás de una contractura muscular

L.S. Bañagasta Jaquez<sup>a</sup>, A. Sánchez de Toro Gironés<sup>b</sup>, S.I. Roncero Martín<sup>b</sup>, S. Falla Jurado<sup>c</sup>, D.L. García Santos<sup>d</sup> y A. Carrasco Angulo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torre-Pacheco. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mazarrón. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón marroquí de 34 años que trabaja como peón agrícola y consulta por cuadro de dolor a nivel interescapular de unos 4 días de evolución. Acude a la consulta solicitando que se le hagan las recetas de las medicaciones que se está tomando, tras haber sido valorado por urgencias en dos oportunidades con diagnóstico de contractura muscular. El dolor empeora con los movimientos del tronco y la respiración profunda, llegando a hacerse ésta superficial para minimizarlo. Niega tos los días previos, pero refiere que el cuadro se inicia tras haber realizado un esfuerzo al levantar unas cajas, notando en ese instante un dolor intenso a nivel de la espalda, pero no le dio mucha importancia y continuó trabajando. Hoy consulta por empeoramiento del dolor, que se asocia a dificultad respiratoria y sensación de palpitaciones.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general, taquipneico, sudoroso, afectado por el dolor. Afebril. Auscultación pulmonar: diminución del murmullo vesicular en campo pulmonar derecho. Se solicita radiografía de tórax donde se observa neumotórax derecho. Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 120 latidos por minuto, sin alteraciones agudas de la repolarización.

**Juicio clínico:** Neumotórax derecho.

**Diagnóstico diferencial:** IAM, disección aórtica, rotura de aneurisma aórtico, pericarditis, neumonía.

**Comentario final:** Se deriva a hospital de referencia, donde se le realiza drenaje torácico urgente a cargo de cirugía. Muchas veces en la práctica clínica podemos inicialmente llegar a un diagnóstico errado debido a la barreira idiomática y a la falta de la realización de una exploración física completa, este paciente nunca fue auscultado en urgencias.

### Bibliografía

1. Rivas de Andrés JJ, Jiménez López MF, Molins López-Rodó L, Pérez Trullén A, Torres Lanzas J. Normativa SEPAR. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del neumotórax espontáneo. Arch Bronconeumol. 2008;44:437-48.
2. Baumann MH, Strange C, Heffner JE, Light R, Kirby TJ, Klein J, et al. Gestión de neumotórax espontáneo. Chest. 2001;199:590-602.
3. Murray J, Nadel J. Libros de Texto de Medicina Respiratoria, 3<sup>a</sup> ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2000.

4. Marx J, Hockberger R, Walls R. Roses Medicina de emergencia: Conceptos y Práctica Clínica, 6<sup>a</sup> ed. St. Louis, Mosby; 2005.

*Palabras clave:* Neumotórax. Disnea súbita. Espontáneo. Tórax.