



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1038 - Globo en pulmón

I.M. Boullosa Pérez^a, R. Cerezo Molina^b, N. Fernández Gervilla^b, C.J. Sánchez Aranda^a, C.M. Castillo Martín^c, L. Belalia El Beriri^d, A. Allés Florit^c, J.R. Vizán Caravaca^e, M.M. Borge Hierro^d y L.M. Yeguas López^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Este. Granada. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Granada. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril Centro. Granada. ^eMédico Residente de Medicina Interna. Hospital de Motril. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años, acude a urgencias por dolor torácico costal izquierdo que aumenta con la inspiración, de horas de evolución. No disnea. Fumador 20 cigarrillos/día hasta hace 2-3 años. A la llegada se realiza radiografía (Rx) tórax visualizando neumotórax izquierdo, sin infiltrados ni derrames. Se contacta con UCI para proceder a la reexpansión pulmonar con catéter para drenaje de hemitorax izquierdo. Tras leve mejoría se ingresa en Medicina Interna. No mejoría en días posteriores. Se contacta con Cirugía Torácica, diagnosticándose de enfisema pulmonar con formación de bullas subpleurales y fibrosis de septos alveolares, siendo posible la relación de dichas lesiones con el hábito tabáquico. Se realiza resección de bullas por videotoracoscopia izquierda.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneico. Auscultación cardiopulmonar: abolición de murmullos pulmonares, no soplos ni roce pericárdico. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalías. No signos de insuficiencia venosa. ECG normal. Troponinas negativas. Rx de tórax: neumotórax izquierdo, con ICT 50%. SatO2 con gafas nasales a 2 lpm 98%.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo parcial con formación de bullas subpleurales.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, tromboembolismo pulmonar, infarto agudo de miocardio, angina, pericarditis, aneurisma disecante de aorta, pancreatitis.

Comentario final: La primera señal de daño corporal es el dolor y como tal debemos actuar ante él con audacia, evaluando severidad, localización y peculiaridades que le caracterizan. Dado la importancia de la aparición de un dolor torácico agudo debemos diagnosticar con rapidez la causa, así como otorgar al paciente un tratamiento lo más resolutivo posible. Es importante recordar que el origen de dicho síndrome no solo corresponde al tejido cardíaco si no a multitud de estructuras anatómicas. Cabe destacar la importancia de no diagnosticar correctamente el dolor torácico agudo, no solo por las consecuencias físicas sino psíquicas que puede conllevar para el paciente un mal enfoque diagnóstico-terapéutico.

Bibliografía

- Katzenstein A-LA, et al. Hum Pathol. 2010;41:316.

2. Light RW, Lee YCG. Pneumothorax, chylothorax, hemothorax, and fibrothorax. En: Broaddus VC, Mason RJ, Ernst JD, et al, eds. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine, 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2016.

Palabras clave: Neumotórax. Dolor torácico. Videotoracoscopia. Enfisema. Bullas.