



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

242/2919 - CONTRA TODO PRONÓSTICO... ¿TRABAJANDO CON UN NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO?

V. Martínez Prieto^a, E. Ortega Hidalgo^a, A. Romero García^b, J. Franco García^c, P. Castro Montero^c y M. Romero González^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla. ^bDUE. Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla. ^cMédico de Familia. Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 43 años, enfermera, asmática, que consulta, en el transcurso de su horario laboral, por cuadro de disnea progresiva con tos que se trata de AP como exacerbación de su asma. Refiere tos traqueítica de semanas de evolución, escasa mucosidad, afebril y lleva 2-3 noches con dolor costal derecho que le impide dormir sobre ese lado. Niega traumatismos torácicos y viajes aéreos.

Exploración y pruebas complementarias: Saturación O₂: 92%, TA: 126/81, FC 97, sin taquipnea, corazón rítmico y con murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho pero no abolido. Analítica completa normal, Rx tórax: neumotórax derecho. Se ingresa en HAR tras terminar su jornada laboral, se coloca drenaje pleural, pero tras varios intentos de pinzamiento, persiste fuga aérea persistente apical y se remite a Cirugía torácica donde se interviene con cirugía toracoscópica asistida por video (VATS), realizándose bullectomía con resección de la distrofia pulmonar apical y del diafragma que tenía porosidades, después pleurodesis mecánica y química con talco.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo derecho.

Diagnóstico diferencial: Primera sospecha, exacerbación asmática, después traqueítis aguda, pero tras Rx de tórax; neumotórax espontáneo secundario a enfermedad pulmonar subyacente, descartado el primario. Otra sospecha, neumotórax catamenial, pero no hay relación menstrual ni tiene AP de endometriosis ni se aprecian células endometriósicas en las biopsias realizadas.

Comentario final: Este neumotórax es potencialmente más amenazante para la vida y difícil de manejar debido a la disminución de la reserva cardiopulmonar por su patología pulmonar adyacente. Su asma, provocó la ruptura progresiva de ampollas subpleurales y bullas, entrando paulatinamente aire en la cavidad pleural, causa de que tolerase relativamente bien su neumotórax. La inserción inmediata del drenaje torácico es esencial en el manejo inicial del neumotórax y la derivación temprana a las unidades torácicas para la intervención quirúrgica definitiva para reducir recurrencias.

Bibliografía

1. Chang WH. Complete spontaneous resolution of a giant bulla without rupture or infection: a case report and literature review. J Thorac Dis. 2017;9(6):E551-5.

2 Khan WA, Curl-Roper T, Helm J, Houghton C. Simultaneous bilateral spontaneous pneumothoraces: a case of occupational asthma. *BMJ Case Rep*. 2013 Sep 11;2013. pii: bcr2013010057.

Palabras clave: Neumotórax. Asma. Disnea.