Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1941

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3265 - NEUMOTÓRAX EN PACIENTE CON LINFOMA DE HODGKIN

M. García Aparicio[a], L. Martínez Antequera[b], J. Melero Abellan[b], P. Madrigal Laguia[c], S. Serrano Porta[a] y M. Aparicio[d]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia.[b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia.[c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.[d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 20 años acude a consulta de Atención Primaria por disnea leve de horas de evolución. El paciente refiere dolor torácico de aparición brusca opresivo que se intensifica con los movimientos, no irradiado. Antecedentes personales: linfoma de Hodgkin (tratado hace dos meses).

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración encontramos saturación de oxígeno del 100%, frecuencia cardíaca de 120 lpm, TA 132/79 mmHg, percusión timpánica de hemitórax izquierdo, auscultación pulmonar disminución del murmullo vesicular en hemicampo izquierdo y auscultación cardíaca rítmica y sin soplos. El paciente es derivado a urgencias hospitalarias por sospecha de neumotórax. En urgencias se realiza radiografía de tórax en bipedestación y espiración forzada urgente, en la que se observa pulmón izquierdo retraído, desplazamiento del mediastino contralateral y espacios intercostales ensanchados. Se realiza electrocardiograma en el que observamos una taquicardia de 120 lpm. Analítica con hemograma, bioquímica y gases venosos sin hallazgos significativos. Ante los hallazgos clínicos y radiológicos del paciente se habla con el Servicio de Neumología del hospital que propone derivación urgente. Se inicia oxigenoterapia y se realiza punción intercostal con catéter torácico percutáneo en segundo espacio intercostal en línea medio axilar izquierda. Tras la punción el paciente se estabiliza hemodinámicamente y desaparece la clínica. La FC disminuye a 70 lpm. A la exploración se observa TA de 120/70 mmHg, FC de 75 lpm, FR de 18 rpm, y normocoloración en la piel y en las mucosas. Una vez estabilizado el paciente se realiza una toracostomía con tubo definitivo.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Pericarditis. Infarto agudo de miocardio. Neumonía.

Comentario final: El neumotórax se considera una emergencia médica que requiere una intervención rápida por ello es muy importante su diagnóstico por parte del médico de Atención Primaria. En ocasiones la sintomatología es pobre, haciendo imprescindible la realización de una exploración completa, además de las pruebas que se consideren oportunas.

Bibliografía

1. Escarrabill Sanglas J, Naberan Toña K. Enfermedades respiratorias. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica, 6ª ed. Barcelona: Elsevier;

2008. p. 987-1011.
2. Rodríguez Panadero M. Enfermedades de la pleura. En: Rozman C, dir. Medicina interna, 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 745-53.

Palabras clave: Neumotórax espontáneo. Toracostomía.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.