



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2980 - DOCTOR, ME DUELE MUCHO EL ESTÓMAGO

A. Fernández López^a, J. García García^b, M. Plasencia Martínez^c, S. López Zacarez^d, A. Pérez Díaz^e y M. Martínez Hernández^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Interna. Hospital Santa Lucía. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años que acude a consulta de atención primaria por dolor intenso en epigastrio de dos horas de evolución que ha iniciado de forma progresiva. Su médico le pauta omeprazol y a la semana siguiente acude de nuevo al centro de salud por persistencia del dolor, faltándole incluso el aire en ocasiones. No se acompaña de ningún otro síntoma como fiebre, dolor torácico o alteraciones del tránsito intestinal habitual. Tras exploración física, su médico lo remite a urgencias. Niega antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Fumador un paquete diario.

Exploración y pruebas complementarias: Adecuada hidratación mucocutánea. Saturación O₂ 98%. Eupneico en reposo. No focalidad neurológica. Afebril. Aspecto caquético. AC: rítmica sin soplos. AP: disminución murmullo vesicular en base y campo medio izquierdo. Abdomen: excavado, no doloroso aunque leves molestias a la palpación de epigastrio, no masas ni megalías, ruidos intestinales preservados. MMII: no edemas ni signos de flebitis. Analítica: sin alteraciones. ECG: RS a 60 lpm, PR normal, QRS con eje dentro de la normalidad, no alteraciones agudas de la repolarización. Rx tórax: neumotórax apical y basal izquierdo, sin condensaciones ni derrame pleural.

Juicio clínico: Neumotórax apical y basal izquierdo espontáneo, sin repercusión hemodinámica.

Diagnóstico diferencial: Epigastralgia inespecífica. Síndrome coronario. Úlcera gástrica. Derrame pleural.

Comentario final: En una consulta de atención primaria lo principal es la exploración del paciente. En este caso, cuando el médico objetiva la disminución del murmullo vesicular basal izquierdo, rápidamente lo manda a urgencias para descartar/confirmar el neumotórax, ya que la delgadez del paciente y la clínica da el perfil de dicha patología. El médico de atención primaria actúa de barrera, resolviendo las cosas que no precisan más estudios y derivando al hospital las patologías más graves.

Bibliografía

1. Sahn SA, Heffner JE. Spontaneous pneumothorax. N Engl J Med. 2000;342:868.
2. Guo Y, Xie C, Rodríguez RM, Light RW. Factors related to recurrence of spontaneous pneumothorax. Respirology. 2005;10:378.

3. Bense L, Eklund G, Wiman LG. Smoking and the increased risk of contracting spontaneous pneumothorax. *Chest*. 1987;92:1009.

Palabras clave: Disnea. Dolor abdominal. Neumotórax.