



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2539 - NO PUEDO DORMIR DE LADO

E. Tapia Moral^a, D. Zalama Sánchez^b, S. Gutiérrez González^a, L. Rodríguez Fernández^c, G. Zapico Aldea^c y Á. Álvarez Hurtado^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Valladolid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ^dMédico de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 27 años, sin alergias medicamentosas. Complexión leptosomática. No antecedentes medicoquirúrgicos de interés. Acude a la consulta por dolor torácico en hemitórax derecho súbito que aumenta con los movimientos respiratorios de 12h de evolución que ha aumentado progresivamente. Refiere que no tolera el decúbito lateral derecho. Niega disnea, tos, expectoración o fiebre. Se realiza ECG: bloqueo incompleto de rama derecha, sin alteraciones agudas de la repolarización. Se decide derivar a servicio de Urgencias para radiografía y analítica con troponinas.

Exploración y pruebas complementarias: TA 110/82 mmHg. Fc 100 lpm. SatO2 95%. T^a 36,2 °C. Consciente, orientado normohidratado, normocoloreado, eupneico, sudoración profusa, impresiona mal estado general. Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: hipoventilación en ápex derecho, no ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no masas, no megalias, no dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal, ruidos presentes. EEII: no edemas, no signos de TVP, pulsos distales conservados. Analítica: coagulación dímero D 320, Serie roja sin alteraciones, leucocitos 13.000, neutrófilos 81%, plaquetas 250.000, Na 140, K 3,6, creatinina 0,74, troponinas 5,19. Radiografía de tórax: se aprecia línea fina correspondiente a la pleura visceral separada de la pleura parietal por un espacio aéreo sin líneas vasculares. No pinzamiento de senos costodiafragmáticos, no condensaciones.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo primario derecho.

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar. Infarto agudo de miocardio. Dolor torácico de características mecánicas. Ansiedad. Pericarditis.

Comentario final: El neumotórax espontáneo es el más frecuente, se da en jóvenes, fumadores y sin patología pulmonar. Es de vital importancia realizar una buena anamnesis y exploración, pues es fundamental para orientar las pruebas diagnósticas. La ecografía clínica podría ser una herramienta a tener en cuenta en atención primaria. Tiene sus limitaciones, pero ante la sospecha de neumotórax es una prueba rápida, no invasiva, muy útil para descartarlo y con una curva de aprendizaje muy rápida.

Bibliografía

1. Porcel JM. Puntos clave en patología pleural. En: Porcel JM, ed. Enfermedades de la pleura. Lleida: Ediciones de la Universitat de Lleida, 2001.
2. Sahn S, Heffner JE. Spontaneous pneumothorax. N Engl J Med. 2000;342:868-74.

Palabras clave: Neumotórax. Dolor torácico. Joven.