

## 347/1223 - DOCTOR, ¿ME ESTÁ DANDO UN INFARTO?

M. Martínez Celdrán<sup>a</sup>, A. Lozano Gallego<sup>b</sup>, P. Quirós Rivero<sup>c</sup> y E. Rodríguez Marco<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud María Auxiliadora. Sevilla. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 27 años sin alergias ni antecedentes salvo fumador 20 cigarrillos/día desde hace 10 años. Acude a consulta por dolor en hemicárdia derecha de dos horas de evolución que se acompaña de sensación disnea.

**Exploración y pruebas complementarias:** Anamnesis: dolor punzante en hemicárdia derecha, que comienza en reposo, no irradiado y aumenta con la inspiración y movimientos. Niega traumatismo previo. Exploración física: afebril. TA: 183/91. FC 102 lpm. FR 22 rpm. Sat 94%. AC: taquicárdico. No soplos. AR: disminución de murmullo vesicular en hemicárdia derecha. Resto de exploración anodina. ECG: ritmo sinusal 94 lpm. No bloqueos ni alteraciones en la repolarización. El paciente comienza a ponerse más taquicárdico y taquipneico, refiriendo incremento del dolor y disnea. Se decide traslado al hospital en ambulancia, monitorizado y con oxigenoterapia. En urgencias se realiza gasometría venosa y analítica con hemograma y bioquímica normales. En la radiografía de tórax se observa línea pleural y ausencia de vascularización pulmonar a ese nivel.

**Orientación diagnóstica:** Neumotórax derecho.

**Diagnóstico diferencial:** Dolor torácico pleurítico (neumonía, derrame pleural, pericarditis, tuberculosis, TEP).

**Comentario final:** El neumotórax es la ocupación de la cavidad pleural por aire provocando el colapso pulmonar. Puede ser espontáneo debido a rotura de bullas o blebs o secundarios a enfermedades como el asma, EPOC, fibrosis quística, tuberculosis. Los espontáneos suelen aparecer en varones jóvenes, fumadores y delgados. Clínicamente se caracteriza por dolor torácico agudo e intenso de características pleuríticas. En la exploración destaca la disminución del murmullo vesicular del lado afecto, taquipnea, taquicardia. El diagnóstico definitivo nos lo da la radiografía de tórax posteroanterior y ante dudas en inspiración forzada. El objetivo del tratamiento es extraer el aire del espacio pleural. Los de pequeño tamaño pueden resolverse espontáneamente sin embargo los más grandes necesitan la realización de drenaje.

### Bibliografía

1. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

**Palabras clave:** Neumotórax. Dolor torácico. Drenaje.