



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2004 - NEUMOTÓRAX A TENSIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Chavero Méndez<sup>a</sup>, B. Crego García<sup>b</sup>, L. Carabias Centeno<sup>c</sup> y J. Short Apellaniz<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid. <sup>c</sup>Médico adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 28 años, natural de Perú, con antecedentes de asma, fumadora ocasional, tuberculosis hace 4 años portadora de reservorio subcutáneo utilizado para administrar fármacos tuberculostáticos y trastorno alimenticio. Acude a Urgencias trasladada en ambulancia desde una discoteca, por cuadro de dificultad respiratoria súbita y dolor en hemicárdia izquierdo irradiado a escápula.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 119/76. FC 125 lpm. T<sup>a</sup> 36 °C . SatO2 60%. FR 22 rpm. En cuarto de parada iniciamos oxigenoterapia a alto flujo remontando SatO2 90%. Somnolienta, cianótica y sudorosa; trabajo respiratorio, tiraje subcostal y supraclavicular, AP: disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares. AC: taquicárdica. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Pulsos distales simétricos. En radiografía de tórax portátil se evidencia neumotórax izquierdo.

**Orientación diagnóstica:** Neumotórax espontáneo secundario a tensión.

**Diagnóstico diferencial:** Embolismo pulmonar, taponamiento cardíaco, cardiopatía isquémica, disección aórtica, patología esofágica, pericarditis.

**Comentario final:** Avisamos a Cirugía Torácica, colocan drenaje pleural con fuga aérea en sistema con sellado de agua. La paciente refería disnea de moderados esfuerzos en los últimos meses sin limitación para actividades diarias. El TC de tórax realizado durante el ingreso objetiva: pulmón derecho no funcional (enfisema bulloso generalizado), lesiones aéreas bilaterales, probable carácter residual (antecedente tuberculosis). El neumotórax a tensión debe sospecharse en pacientes de riesgo (cirugía de cuello o tórax o enfermedad pulmonar crónica). Es una urgencia vital, originado por un mecanismo valvular unidireccional que permite entrada de aire en cavidad pleural e impide su salida, lo que incrementa la presión intrapleural por encima de la atmosférica. Se produce colapso completo del pulmón ipsilateral con desplazamiento contralateral y compresión de estructuras mediastínicas, disminuye el retorno venoso y gasto cardíaco, condicionando un fracaso hemodinámico y ventilatorio. Requiere tratamiento urgente. Si inestabilidad hemodinámica con riesgo de parada cardíaca, colocar catéter venoso central en segundo espacio intercostal en línea media clavicular para convertirlo en neumotórax abierto y posteriormente colocar drenaje pleural.

### Bibliografía

1. Huggins JT. Placement and management of thoracostomy tubes. UpToDate, 2018.

2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7<sup>a</sup> ed. Madrid: MSD; 2012.
3. Espinosa Jiménez. Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología, 3<sup>a</sup> ed.

**Palabras clave:** Neumotórax. Drenaje pleural. Tuberculosis.