

424/744 - CUANDO LA PIEL CREPITA ES HORA DE CORRER

C. Villalba Benavent¹, M. Sánchez García² y R. Baños Benavent³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Palmeritas. Sevilla. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bellavista. Sevilla. ³Enfermero. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años sano, con cataratas y franca disminución de la visión, refiere caída accidental hace 72 horas desde su altura sobre parrilla costal derecha, automedicándose con ibuprofeno ante sospecha de reacción alérgica por inflamación facial consulta en Urgencias. Acude por su propio pie, aceptable estado general, consciente, orientado y colaborador, afebril, estable hemodinámicamente. TA 150/73 mmHg, 85 latidos, saturación 96%, ligeramente taquipneico al habla, con lenguaje fluido sin pausas, sin trabajo respiratorio. No presenta estridor laríngeo, ni edema de úvula.

Exploración y pruebas complementarias: Hemitórax derecho disminución del murmullo vesicular con dolor en parrilla costal sin lesiones cutáneas, se objetiva un franco edema facial que se extiende hacia tórax y miembros superiores con crepitación a la palpación cutánea. Interconsulta a Otorrinolaringología para valorar la permeabilidad de vía aérea superior, se objetiva abombamiento de pared posterior faringe que disminuye sin comprometer la luz de la vía aérea. Radiografía de tórax fracturas de 6º y 7º arcos costales derechos, neumotórax a tensión derecho, amplio neumomediastino, alta sospecha de neumotórax izquierdo y franco enfisema subcutáneo. El paciente continua estable, dada la gravedad de la situación, se continua con la asistencia en la Unidad de Críticos, la única queja autopercebida es la dificultad paulatina para abrir los ojos, por enfisema, que se extiende hasta el escroto. En segundos se produce una desaturación hasta 50% siendo necesaria la intubación, así como, colocación de drenaje endotorácico bilateral e incisiones pectorales subcutáneas. La evolución posterior ha sido tórpida por complicaciones de patologías de base no estudiadas previamente, pero tras más de un mes y medio ingresado ha sido dado de alta hospitalaria con seguimiento por parte de su médico de familia.

Orientación diagnóstica: Neumotórax a tensión.

Diagnóstico diferencial: Enfisema subcutáneo.

Comentario final: El neumotórax es una de las patologías pulmonares más frecuentes en urgencias, su variante a tensión es una emergencia, debe valorarse siempre en paciente traumático con dificultad respiratoria. El diagnóstico es clínico, su tratamiento el drenaje torácico, la demora puede provocar la muerte.

Bibliografía

1. Noppen M. Spontaneous pneumothorax: epidemiology, pathophysiology and cause. European Respiratory Review. 2010;19(117):217-9.

Palabras clave: Neumotórax. Enfisema subcutáneo. Traumatismo.