



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/964 - DOLOR COSTAL SÚBITO EN PACIENTE JOVEN. ¿NEUMOTÓRAX SIN TRAUMATISMO NI DISNEA?

B. Zafra Olmo¹, N. Cobo Valenzuela², A. Amaro García¹ y A. Fuentes Cruz¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén.²Médico de Familia. Centro de Salud San Felipe. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 25 años, sin antecedentes de interés, fumador de 1 paquete de cigarrillos/día y consumidor de marihuana. Acudió a Urgencias por presentar, súbitamente, dolor intenso en región costal derecha irradiado hacia la espalda; sin tos, dificultad respiratoria ni traumatismo previo. El dolor se exacerbaba con la inspiración profunda y no había presentado episodios similares previamente.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Eupneico en reposo. Fenotipo: alto y delgado. Saturación O₂ 98% aire ambiente. FC: 65 lpm. TA: 125/75 mmHg. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos sin soplos. Auscultación respiratoria: disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho. El dolor no se reproduce con la palpación. Se realiza electrocardiograma: ritmo sinusal con BIRDHH ya conocido, sin alteraciones del ST.

Orientación diagnóstica: La sospecha sería un neumotórax por lo que se decide traslado en ambulancia a urgencias hospitalarias; se canaliza vía venosa periférica, se inicia sueroterapia y tratamiento sintomático con tramadol + metoclopramida IV. En la radiografía de tórax se confirma neumotórax completo derecho. El paciente ingresa a cargo de Cirugía Torácica, precisa colocación de drenaje pleural y después de 2 días es dado de alta con expansión pulmonar completa.

Diagnóstico diferencial: Infarto agudo de miocardio, pericarditis, pleuritis, dolor osteomuscular y perforación gástrica. También se deben considerar enfermedades respiratorias (neumonía, crisis asmática, exacerbación de EPOC...), pero dado que el paciente no tenía dificultad respiratoria y mantenía buena saturación de oxígeno no nos planteamos estas posibilidades.

Comentario final: El neumotórax espontáneo primario se presenta en pacientes sin enfermedad pulmonar subyacente y sin traumatismo previo, clásicamente en varones jóvenes delgados y altos. El consumo de tabaco y/o marihuana aumenta significativamente el riesgo de presentarlo, por lo que al alta se recomendó al paciente su abandono, ofreciéndole apoyo farmacológico y/o psicológico. La disnea en el neumotórax espontáneo suele ser intensa y aparece en la mayoría de los casos; sin embargo no se presentó así en nuestro paciente y nos basamos en las características del dolor y auscultación respiratoria para establecer el diagnóstico de sospecha.

Bibliografía

1. Aguinagalde B, Aranda JL, Busca P, Martínez I, Royo I, Zabaleta J. Guía de práctica clínica de la SECT sobre el manejo de pacientes con neumotórax espontáneo. Cir Esp. 2018;96(1):3-11.
2. Landete Rodríguez P, Acosta Gutiérrez CM, Hernández Olivo M, Milian Goicoechea H, Diab Cáceres L. Neumotórax. Medicine. 2018;12(68):3999-4005.

Palabras clave: Dolor costal. Neumotórax. Drenaje pleural.