

424/3027 - NEUMOTÓRAX, UNA Y OTRA VEZ

M. López Nieto¹, Á. Martínez Tolosa², M. Pierre Barea² e I. Pérez Zambrano³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia I. Cáceres. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis de Toro. Cáceres. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: AP: niega alergias a fármacos. Hábitos tóxicos: fumadora 10 cigarrillos/día. Neumotórax espontáneo bilateral (01/05/2019). Videotoracoscopia derecha + resección de bullas + pleurodesis mecánica mediante abrasión de pleura parietal. Se intervino por fuga aérea persistente al presentar neumotórax espontáneo bilateral sincrónico. Fecha de la cirugía 14/05/2019. Mujer de 19 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias refiriendo dolor y sensación de opresión en hemitórax izquierdo desde hace unos 45 minutos con leve disnea (ahora persiste solo dolor). El dolor aumenta con la inspiración profunda. Esta mañana ha tenido revisión en con cirugía torácica tras intervención por neumotórax bilateral (intervenido pulmón derecho) con Rx tórax normal. No fiebre, no tos o expectoración, no otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo; TA 115/73, FC 95, SatO2 96%. Tórax: AC: rítmica, no ausculto soplos ni extratonos. AP: hipoventilación en hemitórax izquierdo. Miembros inferiores: no edemas, no signos de TVP. Pulsos pedios presentes y simétricos. Rx tórax: neumotórax izquierdo con colapso pulmonar, depresión de hemidiafragma ipsilateral y desviación tráquea y mediastino a lado contralateral.

Orientación diagnóstica: Neumotórax izquierdo recidivado. Evolución posterior: 05/06/2019 Ingreso, colocación tubo de tórax. 06/06/2019 traslado a Cirugía torácica. 11/06/2019 videotoracoscopia izquierda + resección de bullas + pleurodesis mecánica mediante abrasión de pleura parietal. 25/06/2019 infección herida quirúrgica hemitórax izquierdo. 02/07/2019 ingreso por Neumotórax parcial basal y apical derecho. 05/07/2019 nuevo ingreso por dolor torácico sin cambios en Rx. 30/07/2019 consulta con Cirugía Torácica, situación clínica estable.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria, pericarditis aguda, tromboembolismo pulmonar, neoplasia pulmonar, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, trastorno de ansiedad.

Comentario final: La característica más importante del neumotórax espontáneo es su tendencia a la recidiva. El 30-50% de los neumotórax primarios recidivan, siendo un 80% en el primer año. Por lo tanto, el tratamiento tiene doble objetivo: evacuar el aire de la cavidad pleural y evitar la recidiva consiguiendo reexpansión pulmonar estable y duradera.

Bibliografía

1. Aguilar F, Bisbal O, et al, eds. Manual de diagnóstico y terapéutica médica Hospital 12 de octubre, 7^a ed. Madrid: MSD; 2012.
2. Trenado R, Cordero JA. Neumotórax. AMF .2017;13(9):506-10.

Palabras clave: Disnea. Neumotórax. Recidivado.