



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-332 - DOCTORA, ME FATIGO

L. Tarjuelo Gutiérrez^a, M. López Valcárcel^a, L. Moreno de la Rosa^b, E. García Atienza^a, A.B. Fernández Sáez^c y M. Muñoz Sánchez^d

^aCS Zona 8. ^bCS Zona 4. ^cGerencia de Atención Primaria. ^dCS Alcaraz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 19 años, sin enfermedades de interés y 185 cm de altura, que acude a la consulta refiriendo disnea brusca desde la tarde anterior, mientras jugaba al fútbol, con sensación de burbujeo en costado izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física presenta una SatO₂ 97% con una auscultación cardiaca normal pero con hipofonesis en hemitórax izquierdo. Se remite a urgencias para la realización de radiografía de tórax ante la sospecha de neumotórax. En la radiografía se visualiza neumotórax extenso en pulmón izquierdo, procediendo a poner tubo de drenaje de manera urgente consiguiendo la re expansión completa del pulmón.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo total.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax, tromboembolismo pulmonar, broncoespasmo, edema agudo de pulmón, anafilaxia, pericarditis.

Comentario final: El neumotórax se define como la presencia de aire en el interior del espacio pleural con colapso pulmonar secundario y disminución de la capacidad ventilatoria. Se clasifica en espontáneo y traumático según su etología y en parcial, completo y total según su tamaño. El espontáneo se divide en primario (sin causa precipitante en personas sin patología pulmonar de base), secundario (como complicación de una neumopatía subyacente) y catamenial (por endometriosis pleural). En cuanto al traumático, puede ser iatrogénico (tras manipulación instrumental) o no iatrogénico (traumatismo abierto o cerrado). Suele presentarse como disnea y dolor torácico pleurítico del lado afecto, aunque en algunos casos pueden estar asintomáticos. En la exploración se encuentra hipoventilación con timpanismo a la percusión e hipofonía, pudiendo haber enfisema subcutáneo. El diagnóstico se confirma con una radiografía de tórax en inspiración, visualizándose ausencia de vasos en la zona y línea pleural. El tratamiento depende del tamaño del neumotórax y de la estabilidad clínica del paciente. Si es pequeño (20% hemitórax) y el paciente está estable se puede proceder al alta con control en consultas. Si es mayor o el paciente está inestable se procederá a la colocación de tubo de drenaje. En algunos casos es necesario la resección de bullas y la pleurodesis quirúrgica o química con talco para evitar recidivas. Dado que el neumotórax espontáneo es más frecuente en varones jóvenes, debemos sospecharlo ante una disnea brusca en este grupo de edad, siendo importante la exploración física y la radiografía para su diagnóstico. Recidiva en un 30% de las ocasiones, siendo más frecuente en pacientes de mayor altura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Rodríguez F. Bisbal Pardo O. Gómez Cuervo C. Manual de diagnóstico y terapéutica médica Hospital Universitario 12 de Octubre 2012. EGRAF.
2. Álvarez I. Neumotórax espontáneo. Fistera. 2011.
3. Cabañero A, Suerio A, García L. Neumotórax espontáneo. Medicine. 2014;11:4076-85.