

13 - DISNEA AGUDA EN PACIENTE JOVEN.

B. Cruz Bernet¹, T. Gadeo Moreno¹, M.L.C. Núñez Hernández¹.

¹R1 MFyC C.S. Plasencia (Cáceres).

Resumen

Descripción del caso: Varón de 17 años con antecedentes de asma bronquial, que acude con sensación de falta de aire y dolor en hemitórax derecho, a punta de dedo, tipo pinchazo, que se acentúa con los movimientos y aumenta con el ejercicio, de dos días de evolución. No cede a analgesia habitual. No traumatismo previo.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/67 mmHg, FC 78 lpm, T^o 36.5°C, SatO₂ 99%. Buen estado general. Eupneico en reposo. Normocoloreado. Auscultación carcíaca rítmica, sin soplos ni roces ni extrasístoles. Auscultación pulmonar hipoventilación en vértece derecho, resto normal. ECG y Analítica normal. Radiografía Tórax: neumotórax parcial derecho de 38 mm.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo secundario.

Diagnóstico diferencial: Asma bronquial, neumotórax espontáneo, obstrucción de vía aérea superior, neumonía, tromboembolismo pulmonar, agudización EPOC, disnea de origen cardíaco, hiperventilación psicógena, neumotórax.

Comentario final: En base a la clínica, la exploración física y los resultados arrojados por las pruebas realizadas (aunque el paciente está estable, el tamaño del neumotórax es > 3 cm, indicación de tratamiento invasivo) se aconseja hospitalización para observación y drenaje endotorácico con aspiración cerrada y sellado de agua. Se explica situación al paciente quien, junto a sus familiares, se niega al ingreso y al tratamiento propuesto por médicos de urgencias y cirujano general, por lo que se realiza seguimiento radiológico durante los días posteriores.

Palabras claves: Disnea aguda; Dolor costal; Neumotórax.

Bibliografía

Rivas de Andreu JJ, Jiménez López MF, Molins López-Rodríguez L, Pérez Trullen A, Torres Lanzas J. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del neumotórax espontáneo. Arch Bronconeumol 2008;44:437-48.