



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/39 - ¡DOCTOR, ME AHOGO!

C. Fortuny Henríquez^a, M. Arques Pérez^b, M. de la Hoz Gutiérrez^c, R. López Sánchez^d, S. Díez Fernández^e, Á. González Díaz-Faes^f, L. de la Fuente Blanco^g, A. Fernández Serna^h y L. Gómez Ruizⁱ

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander.

^bMédico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. ^cMédico de Familia. SUAP Santander. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^eMédico de Familia. SUAP Centro de Salud Alisal. Santander. ^fMédico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. ^gMédico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander. ^hMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ⁱMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 45 años sin antecedentes de interés. Fumador 20 paquetes/año. Acude servicio de urgencias de atención primaria por cuadro de tos y expectoración oscura de 48 horas de evolución con dificultad respiratoria progresiva, dolor torácico tipo pleurítico. Afebril. En la exploración disminución murmullo vesicular en hemitórax derecho y saturación oxígeno 90%, taquipneico. Se administra oxigenoterapia y analgesia y se deriva a urgencias hospitalarias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: TA 160/90; FC 90 lpm; saturación 95%; con Ventimask al 35% Afebril. ACP: hipoventilación generalizada en hemitórax derecho. Rx tórax (2p): hiperclaridad en hemitórax derecho con disminución de la trama vascular.

Juicio clínico: Neumotórax espontáneo primario.

Diagnóstico diferencial: Procesos con dolor torácico y disnea de comienzo brusco: TEP, disección aórtica, quiste broncogénico y bulla de enfisema, úlcera péptica perforada, cardiopatía isquémica, pericarditis, rotura esofágica.

Comentario final: Ante la sospecha de neumotórax siempre es necesario trasladar al hospital para realización de pruebas complementarias. En neumotórax a tensión, por ejemplo, se considera una urgencia vital y se debe actuar con rapidez evacuando el aire del espacio pleural por riesgo de parada cardíaca. El neumotórax espontáneo primario es el más frecuente (varones sanos fumadores y complexión delgada) El diagnóstico es clínico y se confirma con un radiografía de tórax posteroanterior y en inspiración. El tratamiento además de la inestabilidad hemodinámica, influyen otros factores como volumen del neumotórax, sintomatología, situación basal del paciente, tipo etiológico, presencia de patología pulmonar. Entre las opciones terapéuticas: abstención terapéutica, evacuación del aire con punción aspiración, pleurodesis y cirugía. Al paciente se colocó drenaje pleural aspirativo con evolución satisfactoria. Como médicos de atención primaria debe recomendarse el cese absoluto de la actividad tabáquica, pues es el factor de riesgo más efectivo

para su recidiva (en torno del 25-50%), además de prevención primaria para evitar el desarrollo de patología cardiovascular.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Normativa sobre diagnóstico y tratamiento del neumotórax. Barcelona: Doyma, 1991.
2. Rivas JJ, Jiménez MF, Molins L, Pérez A, Lanzas J. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del neumotórax espontáneo. Arch Bronconeumol. 2008;44:437-48.

Palabras clave: Neumotórax