

Neumotórax espontáneo. A propósito de un caso clínico

J.A. Hermida-Pérez^a, J.S. Hernández-Guerra^b y P. Guerra-Abrante^c

^aServicio de Urgencias de Los Llanos de Aridane. Tenerife. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Canarias. España.

Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista de Primer Grado en Urología. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey. Cuba.

^bMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santa Cruz de La Palma. Tenerife. Canarias. España.

^cServicio de Urgencias de Los Llanos de Aridane. Medicina Familiar y Comunitaria. Tenerife. Canarias. España.

El neumotórax espontáneo es más frecuente en pacientes jóvenes del sexo masculino. El hábito de fumar desempeña un papel importante en su génesis. Clínicamente el dolor y la disnea son los síntomas predominantes. En la radiografía del tórax se observa la retracción del pulmón centripeta hacia el hilio pulmonar, ocasionando la imagen de “muñón pulmonar”. La pleurostomía mínima alta y la punción pleural con aspiración son los procedimientos quirúrgicos más realizados, aunque la cirugía torácica video asistida es un mejor método de tratamiento puesto que permite identificar y tratar la causa de forma radical evitando las recidivas. Presentamos el caso de un paciente varón de 28 años, fumador, que acude a Urgencias por dolor torácico y disnea. En la exploración física se detecta una abolición del murmullo vesicular en el pulmón derecho y en la radiografía de tórax se aprecia neumotórax derecho, con retracción total de dicho pulmón. Se decide traslado a centro hospitalario.

Palabras clave: neumotórax espontáneo.

Spontaneous pneumothorax is more frequent in young male patients. The smoking habit seems to play an important role in its genesis. Clinically, pain and dyspnea are the predominant symptoms. The chest x-ray shows retraction of centripetal lung towards the pulmonary hilum, producing a “lung stump” image. Minimum high pleurostomy and pleural aspiration puncture are the most commonly performed surgical procedures, although video-assisted thoracic surgery is considered a better treatment method since it makes it possible to identify and treat the cause radically, avoiding relapses. We present a case of a 28-year old male patient, smoker, who came to emergency department due to chest pain and dyspnea. In the physical examination, absence of right hemithorax vesicular murmur was detected. The chest x-ray showed right pneumothorax with total retraction of the lung. The patient was referred to a hospital.

Key words: spontaneous pneumothorax.

INTRODUCCIÓN

En 1803, el médico francés Itard introdujo en la práctica médica el término neumotórax para definir un proceso en el que aparecía inexplicablemente aire en la cavidad pleural de un sujeto al parecer asintomático¹.

El neumotórax espontáneo (NE) se define como la acumulación de aire o gas en el espacio pleural que rodea los pulmones. Existen varios tipos de neumotórax que se clasifican de acuerdo con la causa que lo produce. El NE es la presencia de neumotórax sin causa clara.

El NE primario se presenta cuando no hay enfermedad pulmonar subyacente y se cree que es causado por la ruptura de un pequeño saco lleno de aire en el pulmón denominado flictena o bulla. La enfermedad afecta con mayor frecuencia a los hombres delgados y altos entre los 20 y los 40 años de edad. Los factores que contribuyen a ello son el hábito de fumar y tener antecedentes familiares de la enfermedad^{2,3}.

El NE secundario es una complicación de una enfermedad pulmonar subyacente como: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, fibrosis quística, tuberculosis⁴ o tosferina^{1,2}. Estas causas de NE secundario se han dividido en: a) infecciosas: neumonía por *Pneumocystis carinii*, neumonías necrotizantes; b) obstrucción de vías aéreas: EPOC, estatus asmático, fibrosis quística; c) causas intersticiales: fibrosis pulmonar idiopática, sarcoidosis, granulomatosis de células de Langerhans, esclerosis tuberosa, linfangioleiomiomatosis; d) enfermedades del te-

Correspondencia: J.A. Hermida Pérez.

Servicio de Urgencias de Los Llanos de Aridane.

Avda. Carlos Francisco Lorenzo Navarro, 56, 3.º A.

38760 Los Llanos de Aridane. Tenerife. Canarias. España.

Correo electrónico: hermidana@yahoo.es

Recibido el 11-06-2007; aceptado para su publicación el 29-01-2008.

jido conectivo: artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, polimiositis, esclerodermia, síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos; f) neoplásicas: cáncer pulmonar, sarcoma, y g) otros: endometriosis (neumotórax catamenial)⁵.

El neumotórax traumático resulta de una lesión traumática del tórax, que puede ser penetrante, por herida de arma blanca o de arma de fuego, o contundente, por impacto a causa de un accidente automovilístico. El neumotórax puede ser una complicación de ciertos procedimientos médicos.

El neumotórax por tensión es causado cuando aumenta excesivamente la presión alrededor del pulmón y se colapsa. El exceso de presión también puede impedir que el corazón bombee sangre de forma efectiva provocando un cuadro de shock.

Clínicamente los síntomas que pueden acompañar al NE son dolor torácico agudo y súbito que empeora con la inspiración profunda o la tos, opresión torácica, dificultad respiratoria, tendencia a la fatiga, taquicardia, cianosis, otros síntomas que pueden estar presentes son: aleteo nasal, ansiedad e hipotensión. En el examen físico la auscultación respiratoria revela una disminución o abolición del murmullo vesicular del lado afectado. Si se realiza una radiografía del tórax observaremos la retracción o el colapso del pulmón por la presencia de aire fuera de él^{6,7}.

El objetivo del tratamiento es extraer el aire del espacio pleural a través de la realización de una toracocentesis, que permita así la expansión del pulmón. Los pequeños neumotórax pueden resolverse espontáneamente. La colocación de un tubo torácico entre las costillas, dentro del espacio pleural, permite la evacuación del aire desde allí. La expansión total del pulmón afectado puede tardar varios días, por lo cual se requiere ingreso hospitalario para el manejo adecuado de dicha sonda. Se puede requerir la administración de oxígeno suplementario para ayudar a que el aire que se encuentra alrededor del pulmón se reabsorba más rápidamente y es posible que sea necesaria la cirugía para evitar los episodios recurrentes^{1,2}. Para evitar recidivas se utiliza la cirugía torácica vídeo asistida (VATS), que es, según diversos autores, un eficaz método de tratamiento puesto que permite identificar y tratar la causa de forma radical⁸.

Hasta un 50% de los pacientes con neumotórax experimentan recurrencia, pero no hay complicaciones a largo plazo después de una terapia exitosa. Dentro de las complicaciones tenemos: neumotórax recurrente y neumotórax por tensión con shock^{2,3}.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 28 años de edad, con antecedentes de salud, hábitos tóxicos (fumador de 10-12 cigarrillos al día) y sin alergias medicamentosas. Acude al Servicio de Urgencias en horas tempranas de la mañana refiriendo que “se le bajó la tensión”, que tiene un dolor en el pecho, en el hemitórax derecho, de aparición brusca, le falta el aire y “le cuesta hablar”. En la exploración física se constata un paciente con disfonía, que deambula lenta-

mente adoptando una posición antiálgica; presenta orofaringe normal, leve palidez y frialdad cutánea. En la auscultación respiratoria se percibe abolición del murmullo vesicular del hemitórax derecho, mientras que la auscultación cardíaca es normal y presenta un abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias, ni signos de irritación peritoneal. El examen neurológico también resulta normal, sin cianosis, ni polipnea. En la toma de constantes presenta una tensión arterial de 104/61 mmHg, frecuencia cardíaca de 64 lpm, saturación de O₂ del 96% y una temperatura de 36 °C. Se procede a canalizar vía venosa y se le administra oxígeno mediante gafas nasales a 2 l/min. Se indica radiografía de tórax anteroposterior y lateral en la que observamos neumotórax derecho con retracción total de dicho pulmón (fig. 1). Se procede a llamar a una ambulancia medicalizada para traslado a centro hospitalario.

DISCUSIÓN

Autores como Armas Darias et al⁹ realizan una importante investigación observacional-descriptiva para conocer el comportamiento de algunos aspectos clínico-quirúrgicos del NE, con un total de 180 pacientes diagnosticados de esta afección, y han detectado que la mayor proporción de enfermos pertenecía al sexo masculino y a los grupos de edad de 15 a 44 años. Otros autores también confirman en sus casuísticas que el NE es más frecuente en los pacientes jóvenes del sexo masculino⁷⁻⁹.

Con respecto a la etiología del NE, en una gran cantidad de publicaciones se menciona como factor etiológico importante el hábito tabáquico. Armas Daria et al⁹ detectan que el 83,3% de sus pacientes con NE eran fumadores; sin embargo, en el 45,6% de los enfermos no encontraron antecedentes patológicos demostrables, con lo que podríamos decir que la existencia o no de enfermedades previas no es un factor primordial para la aparición de la afección; aunque con el aumento de la edad sí cobran importancia el enfisema pulmonar, la bronquitis crónica y el asma bronquial, al igual que señalan otros estudios⁷⁻⁹.

El hábito de fumar parece desempeñar un papel importante en la génesis del NE, pues un gran número de estos pacientes resultan ser fumadores, lo que pudiera estar relacionado con las alteraciones en el intersticio pulmonar, la bronquiolitis y otros fenómenos secundarios al tabaquismo, lo que queda demostrado en la literatura que hemos revisado, en la que muchos autores relacionan dicho hábito con el NE⁷⁻⁹. Nuestro paciente era fumador de 10-12 cigarrillos al día.

Clínicamente, en el NE, el dolor y la disnea son los síntomas predominantes⁹. El dolor puede ser leve, intenso o agudo, empeora a la inspiración y con la tos, también se puede observar una rigidez muscular antiálgica (doblar el cuerpo o sostener el pecho para protegerse contra el dolor), restringir el movimiento de la pared torácica al respirar⁶, lo que se observó en nuestro paciente.

Desde el punto de vista diagnóstico, es de vital importancia el estudio radiológico del tórax: en la radiografía de tórax anteroposterior y lateral se observa la retracción del pulmón centrípeta hacia el hilio pulmonar, ocasionando,

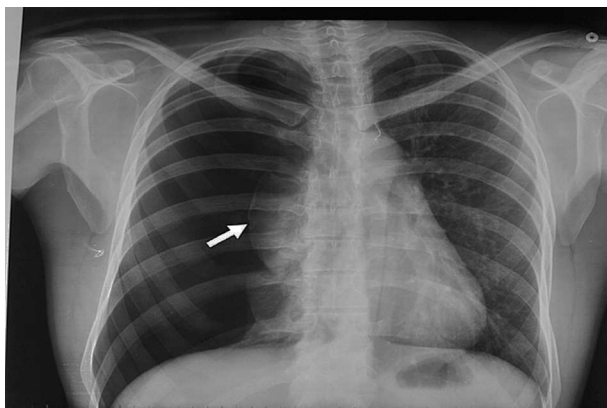


Figura 1. Radiografía de tórax, vista anteroposterior, donde observamos la retracción del pulmón centripeta hacia el hilio pulmonar, ocasionando la imagen de “muñón pulmonar” (ver flecha). También se observa, en la porción periférica del hemitórax afectado, la ausencia de vasos pulmonares, que se extiende hasta la periferia de la pared torácica.

si hay suficiente aire, la imagen de “muñón pulmonar”, como se observa en la figura 1. El signo radiológico más común en la porción periférica del hemitórax afectado es la ausencia de vasos pulmonares, extendiéndose hasta la periferia de la pared torácica¹⁰.

Con respecto al tratamiento, se plantea que la pleurostomía mínima alta y la punción pleural con aspiración fueron los procedimientos mayoritarios, esta última curativa en el 70,9% de los neumotórax, según la casuística de Armas Darias et al⁹, en cuyo estudio la complicación principal fue la inexpansibilidad pulmonar y la mortalidad fue de 2,8%⁹. Abdala et al⁸ han descrito las ventajas de la cirugía torácica video asistida (VATS) en el tratamiento del NE. Ellos concluyen que la VATS es un mejor método de tratamiento, puesto que permite identificar y tratar la causa de forma radical evitando las recidivas.

El NE es una patología poco frecuente, con una incidencia de entre cuatro y nueve casos por 100.000 habi-

tantes y año¹¹. Cuando es de poca magnitud se puede recomendar el reposo y el control radiológico hasta su completa absorción. La toracostomía con tubo es, sin embargo, la indicación inicial más frecuente; resulta exitosa en la mayoría de los casos. Sin embargo, el 20% de los pacientes con esta patología puede eventualmente requerir tratamiento quirúrgico motivado especialmente por la presencia de recurrencias, alternancia, bilateralidad, fistula broncopleurales persistente durante más de siete días o fallo en la reexpansión pulmonar¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Vries WC, Wolfe WG. Tratamiento del neumotórax espontáneo y el enfisema buloso. *Clin Quir Norteam*. 1980;60:869-83.
2. Murray J, Nadel J. *Textbook of Respiratory Medicine*. 3rd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2000.
3. Marx J. *Rosen's Emergency Medicine: concepts and clinical practice*. 5th ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2002.
4. Suárez-García I, Noguerado-Asensio A, Vidal-Pérez JL. Neumotórax espontáneo secundario a tuberculosis pulmonar. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:240.
5. Fishman A. *Pulmonary diseases and disorders*. 3rd ed. McGraw-Hill; 1998.
6. Kaufman DA. Assistant Profesor, Division of Pulmonary, Critical Care & Sleep Medicine. Mount Sinai School of Medicine, New York, NY. Review provided by VeriMed Healthcare Network. ADAM quality; 2006.
7. Guelbenzu JJ, Villa E, Ágreda J. El neumotórax espontáneo: revisión de 130 casos. *ANALES Sis San Navarra*. 2001;24:307-13.
8. Abdala OA, Levy RR, Bibiloni RH, Viso HD, De Souza S, Satler VH. Ventajas de la cirugía torácica videoasistida en el tratamiento del neumotórax espontáneo. *Medicina (Buenos Aires)*. 2001;57:157-60.
9. Armas Darias JC, Valdés Mesa PG, Rodríguez Rivero A, Valdés Leyva FR. Algunos aspectos clinicoquirúrgicos del neumotórax espontáneo. *Rev Cubana Cir*. 2001;40:7-11.
10. Toledo Trujillo F, Otón Sanchez CA. Radiodiagnóstico del tórax. Cavidad torácica. Neumotórax. En: Gil Gayarre M, Martínez Morillo M, Otón C, editores. *Manual de Radiología Clínica*. Madrid: Harcourt Brace Publishers Internacional; 1997. Parte especial, p. 181.
11. Saha SP, Arrants JE, Kosa A. Management of spontaneous pneumothorax. *J Thorac Surg*. 1975;19:561-4.