



IMÁGENES

Atelectasia por tapón de moco resuelta de manera conservadora

Atelectasis due to a mucus plug resolved conservatively

Juan Valdés Bécares*, Paula Martínez García e Irene Maderuelo Riesco

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España



Mujer de 91 años, residente en centro sociosanitario. Dependencia para actividades básicas de la vida diaria. Antecedente de demencia degenerativa, probable enfermedad de Alzheimer. Dislipemia, no antecedente de hipertensión arterial ni diabetes mellitus. A tratamiento habitual con hipnóticos y neurolépticos, además de suplementación de ácido fólico. Ingresos previos en el servicio de medicina interna por fiebre en relación con infecciones respiratorias de repetición. La paciente es remitida en esta ocasión al servicio de urgencias por fiebre y disnea. A la exploración, la paciente se encuentra postrada y taquipneica en reposo, con trabajo respiratorio. Destaca en auscultación pulmonar presencia de *roncus* diseminados y disminución de ruidos respiratorios en hemitórax izquierdo respecto al derecho. En la radiografía de tórax realizada en el servicio de urgencias (fig. 1) destaca la presencia de aumento de densidad en hemitórax izquierdo, con desplazamiento mediastínico hacia ese mismo lado. Además, se realizó analítica en la que destaca deterioro de la función renal en relación con la baja ingesta hídrica, con creatinina de 1,59, y filtrado glomerular calculado de 28, aumento de reactantes de fase aguda con PCR de 7,63 y leucocitosis con desviación izquierda en el hemograma. Además, presencia

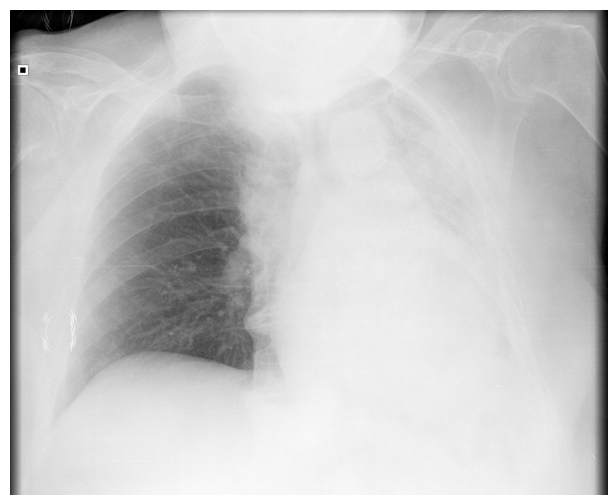


Figura 1 Atelectasia completa.

de insuficiencia respiratoria parcial en gasometría arterial, con pH 7,531; $p\text{CO}_2$ 30,9; $p\text{O}_2$ 44,9 y bicarbonato normal.

La paciente ingresó en el servicio de medicina interna. Se instauró tratamiento con oxigenoterapia complementaria, piperacilina/tazobactam ajustada a la función renal por antecedente de ingreso reciente, de cara a cubrir gérmenes

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: valdesbecares@gmail.com
(J. Valdés Bécares).

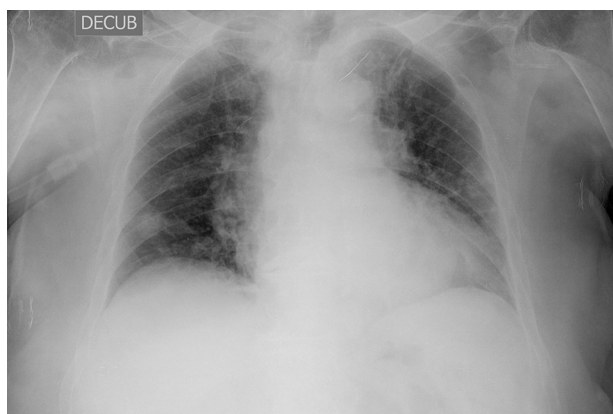


Figura 2 Resolución de atelectasia.

intrahospitalarios, mucolíticos, corticoterapia intravenosa y broncodilatación con bromuro de ipratropio nebulizado.

Buena evolución tras dicho tratamiento, realizándose radiografía de tórax de control a las 48 h ([fig. 2](#)), en la que se observa la resolución de la atelectasia.

Las atelectasias son una entidad clínica/radiológica caracterizada por colapso del espacio aéreo alveolar, incremento del cortocircuito intrapulmonar y disminución del volumen del área afectada que puede ser total, segmentaria o subsegmentaria, asociada a disminución de la

distensibilidad pulmonar, hipoxemia y vasoconstricción pulmonar hipóxica^{1,2}. De cara a su diagnóstico es importante la exploración física y como prueba complementaria la radiografía de tórax, ambas realizadas de manera precoz para instaurar tratamiento oportuno. El tratamiento de dicha complicación debe individualizarse en función del tipo de paciente, pudiendo ser conservador³, con mucolíticos, broncodilatación y fisioterapia respiratoria, o invasivo con broncoscopia⁴.

Como conclusión, deberíamos tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial a realizar cuando observamos un aumento de densidad en una radiografía de tórax la atelectasia, en especial en pacientes ancianos con mal manejo de secreciones respiratorias.

Bibliografía

1. Bowen TE, Fishback ME, Green DC. Treatment of refractory atelectasis. *Ann Thorac Surg.* 1974;18:584-9.
2. Millen JE, Vandree J, Glauser FL. Fiberoptic bronchoscopic balloon occlusion and reexpansion of refractory unilateral atelectasis. *Crit Care Med.* 1978;6:50-5.
3. Chen YC, Wu LF, Mu PF, Lin LH, Chou SS. Shie. Using chest vibration nursing intervention to improve expectoration of airway secretions and prevent lung collapse in ventilated ICU patients: A randomized controlled trial. *J Chin Med Assoc.* 2009;72:316-22.
4. Olopade CO, Prakash UB. Bronchoscopy in the critical care unit. *Mayo Clin Proc.* 1989;64:1255-63.