



Clínica cotidiana

Neumotórax espontáneo

Patricia Noemí Aguilera Samaniego^{a,*}, Álvaro Martín Pérez^a,
 María José Agüeros Fernández^b, Zuany Soneira Rodríguez^a, Jorge Gaitán Valdizán^c
 y Nuria San Miguel Martín^a

^a Centro de Salud Centro, Santander, Cantabria, España

^b Centro de Salud El Zapatón, Torrelavega, Cantabria, España

^c Centro de Salud de Camargo Costa, Maliaño, Cantabria, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de agosto de 2015

Aceptado el 4 de febrero de 2016

On-line el 15 de marzo de 2016

Palabras clave:

Neumotórax

Disnea

Dolor torácico

R E S U M E N

Varón de 17 años de edad, que acude a urgencias del centro de salud por un cuadro de inicio súbito de disnea y dolor pleurítico en el hemitórax derecho.

Durante la exploración física se encuentra hemodinámicamente inestable, taquipneico, muy afectado por el dolor y con hipoventilación en el hemitórax derecho. Ante la clínica descrita y el antecedente personal de neumotórax espontáneo idiopático previo, se sospecha de dicha entidad como primer diagnóstico, que se confirma en la radiografía de tórax.

Tras la estabilización del paciente y el control del dolor, se coloca un tubo de drenaje pleural. Se consigue mejoría clínica y resolución del cuadro.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Spontaneous pneumothorax

A B S T R A C T

The case is presented of a 17 year-old boy, who was seen into the Emergency Department with a clinical picture of sudden dyspnoea and right pleuritic chest pain.

In the physical examination he was haemodynamically unstable, very affected by chest pain, and shortness of breath, with hypophonesis in the right lung on auscultation. With these signs and symptoms, and a personal history of idiopathic spontaneous pneumothorax, we suspected this diagnostic at first, and after performing a chest X-ray, we confirmed our suspicion.

The patient made good progress after stabilising, pain control, and insertion of a chest drainage tube.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Pneumothorax

Dyspnoea

Chest pain

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patricia.aguilera.samaniego@gmail.com (P.N. Aguilera Samaniego).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.02.001>

1889-5433/© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

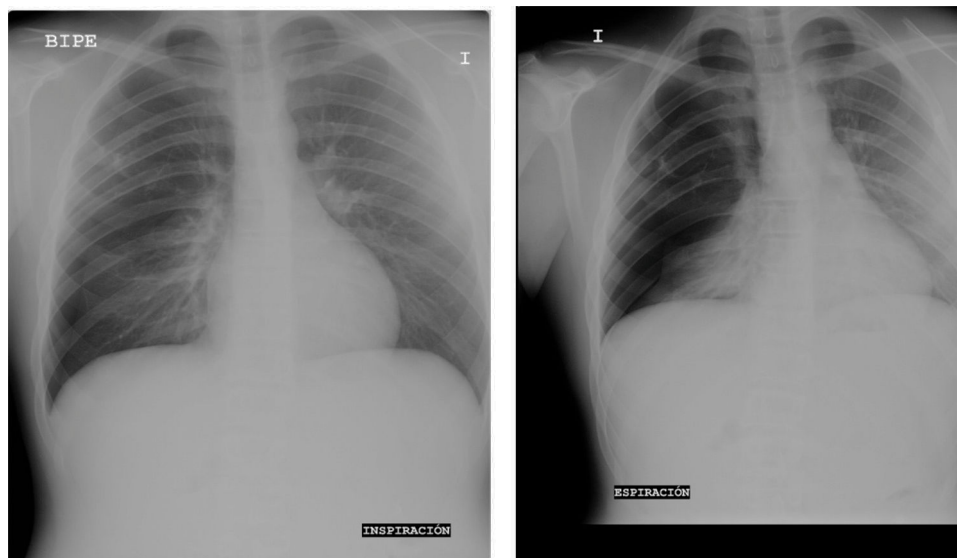


Figura 1 – Neumotórax derecho: desplazamiento del mediastino a la izquierda.

Varón de 17 años de edad, con antecedentes personales de alergia al mercurcromo, neumotórax derecho masivo y enfisema bulloso en el hemitórax derecho a los 10 años de edad.

Acude a urgencias del centro de salud por un cuadro de inicio súbito de dolor intenso en el hemitórax derecho y dificultad respiratoria en reposo, sin antecedentes de traumatismo previo; niega la existencia de otros síntomas asociados.

Durante la exploración física se constata una tensión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 110 lpm; saturación de oxígeno del 97% a su llegada, y posteriormente del 90%; está taquipneico y con respiración superficial. El paciente se encuentra muy afectado por el dolor, con palidez cutáneo-mucosa, frialdad distal de las extremidades, sudoración y

mala perfusión distal. En la auscultación pulmonar se observa hipoventilación en el hemitórax derecho. El resto de la exploración física no muestra hallazgos de interés.

Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos significativos.

Radiografía de tórax: neumotórax derecho, con desplazamiento del mediastino a la izquierda (fig. 1).

Se considera como primer diagnóstico el de neumotórax espontáneo. Tras estabilizar al paciente, es remitido a urgencias del hospital, donde se confirma el diagnóstico mediante radiografía y se coloca un tubo de drenaje pleural.

La evolución clínica es favorable (fig. 2).

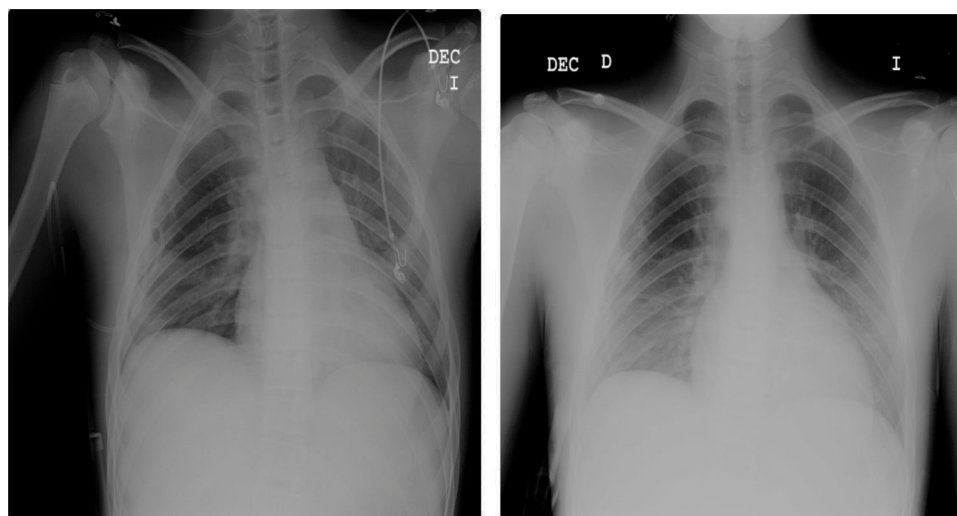


Figura 2 – Resolución del neumotórax tras colocación de un tubo de drenaje pleural.

Tabla 1 – Clasificación etiológica de los neumotórax**Neumotórax espontáneos**

- Primario o idiopático (sin alteración pulmonar clínica aparente)
- Secundario (con alteración pulmonar clínica)
- Catamenial

Neumotórax adquiridos

- Traumático
- Iatrogénico
- Neumotórax por barotrauma

Neumotórax a tensión**Comentario**

El neumotórax consiste en la entrada de aire en el espacio pleural, con la consiguiente pérdida de presión negativa intrapleural y colapso pulmonar².

Dependiendo de su etiología se clasifica en espontáneo y adquirido. Los neumotórax espontáneos ocurren en ausencia de traumatismo torácico y se clasifican en idiopáticos y secundarios¹ (tabla 1).

El neumotórax espontáneo idiopático (NEI) ocurre sin un suceso precipitante en una persona que no tiene ninguna enfermedad pulmonar; el neumotórax es el resultado de la rotura de bullas subpleurales².

En el Reino Unido, la tasa global es de 16,8 casos por cada 100.000 habitantes/año³. En EE.UU. presenta una incidencia de 4,2 casos por cada 100.000 habitantes/año. El pico de edad de máxima incidencia se sitúa para el NEI en los jóvenes, y los secundarios en las personas mayores de 55 años⁴.

Los NEI ocurren predominantemente en sujetos jóvenes, varones y delgados, con buen estado de salud. Los secundarios se presentan generalmente en pacientes de mayor edad, con enfermedad pulmonar conocida⁴.

En el examen físico podemos encontrar una tríada clásica: disminución o ausencia de vibraciones vocales, timpanismo y disminución o ausencia del murmullo vesicular².

La radiología es indispensable para confirmar el diagnóstico¹. En más del 10% de los casos, el neumotórax es asintomático; sin embargo, cuando hay síntomas, aproximadamente el 80% presentan clínica en reposo, o realizando una actividad normal:

- Dolor torácico (pleurítico) de inicio agudo que se acentúa con los movimientos respiratorios. A veces se irradia hacia el cuello o hacia el abdomen. El dolor puede ser leve o intenso al comienzo y continuar como dolor sordo.
- Disnea.
- Tos seca o más esporádicamente, expectoración hemoptoica y síncope.
- Otras manifestaciones: enfisema subcutáneo, hipoxemia, hipercapnia y alcalosis respiratoria².

Ante la sospecha clínica de neumotórax, se debe realizar una radiografía de tórax posteroanterior y lateral en inspiración, para confirmar el diagnóstico^{1,4}. En los casos dudosos se puede hacer una radiografía en inspiración-espирación o una TAC torácica^{1,4}.

Cuando se diagnostica en el servicio de urgencias es conveniente:

- Canalizar una vía venosa.
- Realizar determinación de bioquímica, hemograma y coagulación.
- Electrocardiograma.
- Saturación de oxígeno; si esta es menor del 93%, o si el paciente tiene antecedentes respiratorios, se efectuará una gasometría arterial basal⁵.

Disponemos de múltiples opciones de tratamiento:

- Abstención terapéutica y observación domiciliaria (el aire se reabsorbe espontáneamente en una proporción de alrededor del 1-2% de su volumen al día).
- Reposo hospitalario con oxigenoterapia.
- Punción evacuadora.
- Catéter pleural fino con o sin aspiración.
- Drenaje pleural grueso (toracostomía cerrada) con o sin aspiración.
- Drenaje y pleurodesis química (doxiciclina) o talcaje.
- Toracoscopia y pleurodesis.
- Cirugía torácica vídeo-asistida (VATS) con resección de las bullas.
- Toracotomía.
- Abrasión pleural o pleurectomía⁴.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Porcel JM, García-Gil D. Urgencias en enfermedades de la pleura. *Rev Clin Esp.* 2013;213:242-50.
2. Grundy S, Bentley A, Tschopp JM. Primary spontaneous pneumothorax: A diffuse disease of the pleura. *Respiration.* 2012;83:185-9.
3. Gupta D, Hansell A, Nichols T, Duong Y, Ayres JG, Strachan D. Epidemiology of pneumothorax in England. *Thorax.* 2000;55:666-71.
4. Rivas de Andrés JJ, Jiménez López MF, Molins López-Rodó L, Pérez Trullén A, Torres Lanzas J. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del neumotórax espontáneo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol.* 2008;44:437-48.
5. Baumann MH. Management of spontaneous pneumothorax. *Clin Chest Med.* 2006;27:369-81.