

# NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO: a propósito de un caso.

Andrea Barcia Losada<sup>1</sup>, Álvaro Ignacio Padrón González<sup>2</sup>, Silvia Díaz Fernández<sup>1</sup>, Raquel Rodríguez Ramos<sup>1</sup> - <sup>1</sup>MIR 2º año, <sup>2</sup>MIR 4º año, Medicina Familiar y Comunitaria, Lugo

## Introducción.

El neumotórax espontáneo es la presencia de aire en la cavidad pleural, sin causa que lo justifique, que da lugar al colapso pulmonar secundario. Se dice que es primario si no existe patología pulmonar de base. Predomina en varones jóvenes de constitución leptosómica, especialmente fumadores. Es grave y potencialmente mortal, así que requiere actuar con rapidez.

## Descripción.

Varón de 16 años que consulta por dolor torácico pleurítico y disnea.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médico-quirúrgicos previos. IMC: 12.6

Enfermedad actual: acude a servicio de Urgencias extrahospitalarias por dolor torácico pleurítico, disnea y dificultad para toser que se inició en reposo y sin desencadenante previo. Presenta estabilidad hemodinámica pero destaca palidez cutánea y SpO<sub>2</sub> (basal): 90% junto con disminución del murmullo vesicular bilateral en la auscultación pulmonar. Deciden derivar a Urgencias hospitalarias para estudio.

Exploración física: a su llegada a Urgencias presenta

- TA: 110/70mmHg, FC: 144lpm, SpO<sub>2</sub> (basal): 97%; auscultación cardíaca rítmica, sin soplos; auscultación pulmonar: abolición total de ruidos en campo pulmonar derecho.
- Control analítico: normal.
- ECG: taquicardia sinusal a 117 lpm.
- Rx de tórax: neumotórax a tensión, que es diagnóstico.

Plan y evolución: se administra analgesia y se coloca drenaje torácico. En radiografía y TAC de control hay bullas apicales y persiste gran cantidad de aire, por lo que finalmente se decide realizar bullectomía y pleurodésis.

## Palabras clave:

Neumotórax, espontáneo, primario, emergencia, disnea, pleural, aire.

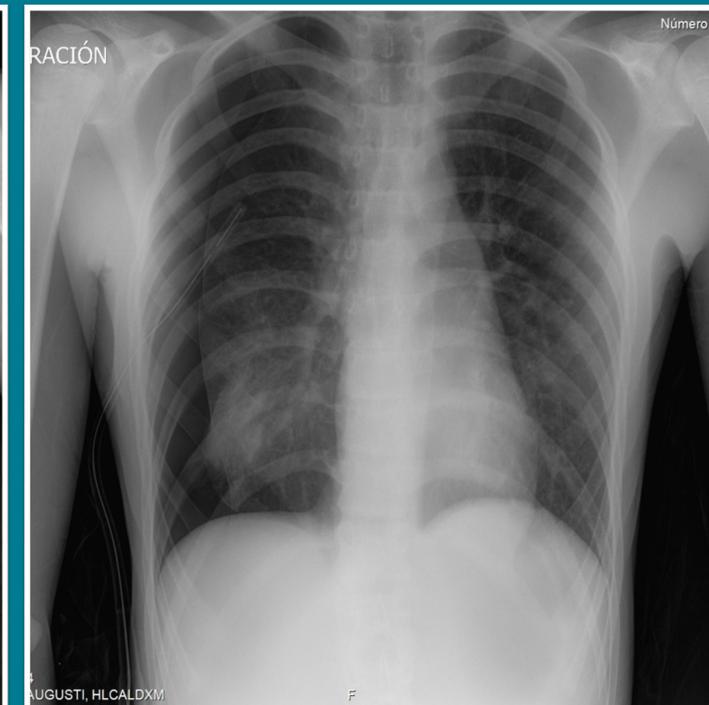
## Estrategia.

Sospechar neumotórax espontáneo ante paciente que consulta por dolor pleurítico, disnea y tos irritativa agudas, sobre todo si se trata de un varón joven y delgado. Es potencialmente grave y hay que valorar la estabilidad del paciente. Suele acompañarse de taquicardia sinusal, reducida expansión torácica y disminución o abolición del murmullo vesicular.

Son sugestivos de neumotórax a tensión la presencia de cianosis, disnea severa, hipotensión arterial o desviación traqueal contralateral.

La radiografía de tórax aporta el diagnóstico. La analítica se pide siempre y ECG, gasometría y TAC no sistemáticamente.

Su manejo incluye analgesia y oxígeno a alto flujo. Según la clínica basta con la observación o hay que drenar el aire del espacio pleural.



## Bibliografía

- Álvarez Moital I. Guía clínica de Neumotórax espontáneo. Fisterra. 2016. Disponible en:

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/neumotorax-espontaneo/>

-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. Arch Bronconeumol. 2008;44(8):437-48