

Neumotórax espontáneo

Ferrero Rodríguez L, Valles Ugarte ML, Herrera Coronel A, Vico Martín F
 Centro de Salud Francia. Fuenlabrada (Madrid)

Varón de 54 años de edad, que consulta por dolor de características pleuríticas de 6-7 horas de evolución, acompañado de disnea brusca de mínimos esfuerzos. No refiere traumatismo, ni sobreesfuerzo; tampoco inmovilización, ni cirugía previa, ni viaje prolongado en días previos. Refiere cuadro catarral unos días antes, sin expectoración mucopurulenta, sin fiebre ni sensación distérmica y sin otra sintomatología acompañante.

No refiere antecedentes de reacciones alérgicas a medicamentos. No tiene factores de riesgo cardiovascular. Fumador de un paquete diario de cigarrillos, bebedor de 2 copas durante los fines de semana. No ha sufrido enfermedades médico-quirúrgicas de interés. No sigue ningún tratamiento de forma habitual. Ferretero de profesión.

Exploración física: TA 151/111, SatO₂ 94%, FC 75; tórax: hipoventilación generalizada más intensificada en la base izquierda; abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal; miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda; neurológico grosero normal.

Radiografía de tórax: neumotórax izquierdo con pulmón totalmente colapsado sin desviación de mediastino.

Con estos datos el diagnóstico es de neumotórax espontáneo izquierdo.

Se coloca drenaje endotorácico nº 20 Fr izquierdo en el quinto espacio intercostal izquierdo entre las líneas axilares anterior y media. No hay sin incidencias y la evolución clínica es buena.

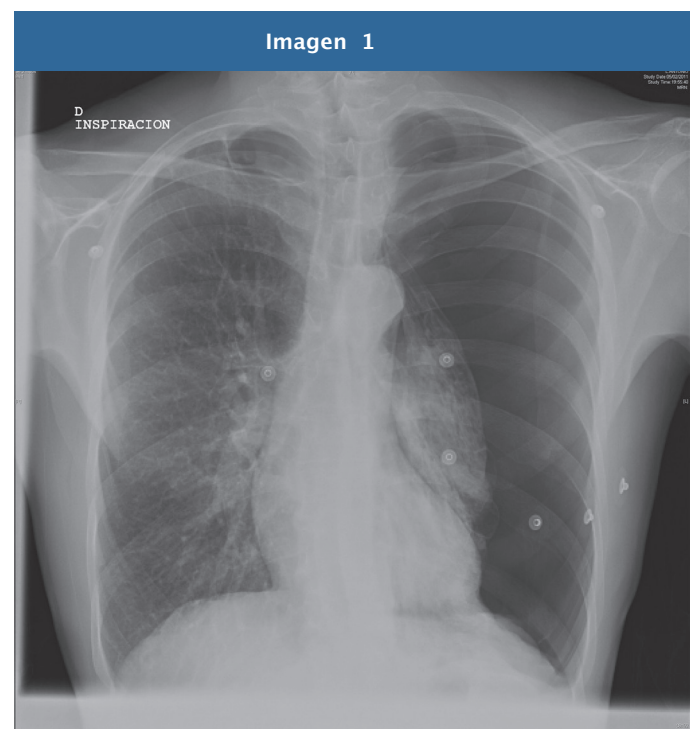
COMENTARIO

Este paciente ilustra un caso típico de neumotórax, salvo por la edad de presentación. Conviene tener presente este cuadro clínico en el diagnóstico diferencial del dolor torácico y de la disnea.

El neumotórax espontáneo es la acumulación de

aire en el espacio pleural. Puede ocurrir espontáneamente o como consecuencia de un traumatismo pulmonar o de la pared torácica.

En los casos de neumotórax a tensión puede ser una emergencia médica debido al aumento de la presión intratorácica secundario a la progresiva acumulación de aire en el espacio pleural. La compresión mediastínica o pulmonar conduce a fallo respiratorio o circulatorio.



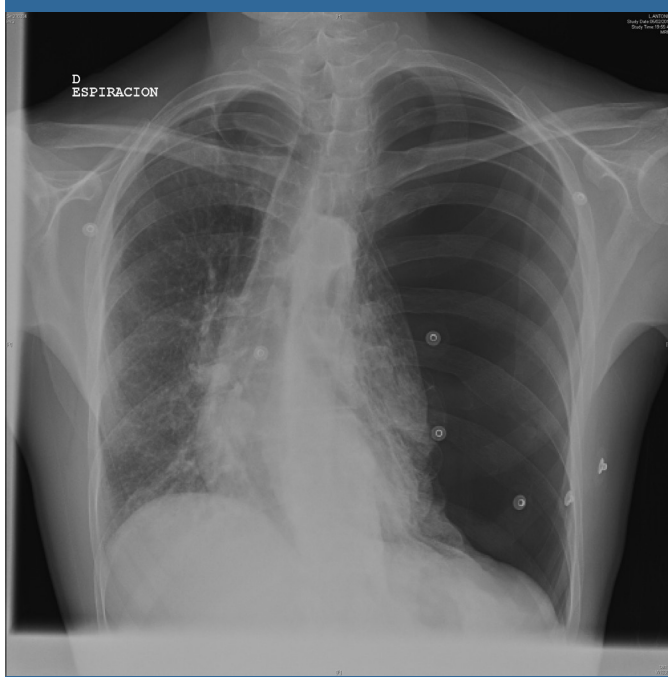
La incidencia es de 7,4-18 por 100.000 habitantes y año en hombres, y de 1,2-6 por 100.000 habitantes y en mujeres. Es más frecuente en hombres altos, delgados, de 10-30 años; es poco frecuente en adultos mayores de 40 años. Se asocia a veces en estos casos a enfermedades congénitas, como el síndrome de Marfán, o a factores ambientales, como el hábito de fumar.

Generalmente ocurre en reposo y se presenta como un dolor pleurítico agudo, en ocasiones acompañado de disnea, que puede mejorar en las siguientes 24 horas aunque persista el neumotórax.

En el examen físico encontramos abolición del murmullo vesicular en el lado afectado, disminución de los movimientos respiratorios a la inspección,

hiperresonancia a la percusión y abolición de las vibraciones vocales. En presencia de compromiso respiratorio o circulatorio puede aparecer taquicardia refleja. Se debe sospechar neumotórax a tensión en presencia de taquicardia intensa, sudoración, hipotensión y cianosis.

Imagen 2



El diagnóstico se basa en la radiografía de tórax pósterio-anterior, que puede aproximar al tamaño del neumotórax con bastante exactitud. Los signos radiológicos consisten en líneas pleurales con o sin nivel hidroaéreo; en ocasiones es difícil detectarlo, sobre todo si hay enfisema, neumotórax pequeños o en caso de radiografías poco penetradas. La radiografía en espiración no tiene valor diagnóstico. La TAC se puede emplear para el diagnóstico de neumotórax de pequeño tamaño (menores del 15%).

El tratamiento consiste en reposo, oxigenoterapia, aspiración manual y tubo de drenaje. El primer episodio se trata con observación si es menor del 20% o con aspiración simple si es mayor, pero es frecuente la recurrencia (20-50%).

El tratamiento quirúrgico se indica en pacientes con neumotórax recurrente ipsilateral, en caso de primer episodio con riesgo ocupacional o fuga persistente de aire tras 5-7 días, o en caso de neumotórax contralateral antiguo. Los objetivos del tratamiento quirúrgico son la resección de bulla, la sutura de las perforaciones apicales y/o crear sínfisis pleurales para prevenir recurrencias

BIBLIOGRAFÍA

- Abdala OA, Levy RR, Bibiloni RH, Viso HD, De Souza M, Satler VH. Advantages of video assisted thoracic surgery in the treatment of spontaneous pneumothorax. *Medicina (B Aires)* 2001;61:157-60.
2. Al-Qudah A. Treatment options of spontaneous pneumothorax. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 2006;48:191-200.
3. Alifano M, Forti Parri SN, Bonfanti B, Arab WA, Passini A, Boaron M, Roche N. Atmospheric pressure influences the risk of pneumothorax: beware of the storm! *Chest* 2007;131:1877-82. doi: 10.1378/chest.06-2206.
4. Amjadi K, Alvarez GG, Vanderhelst E, Velkeniers B, Lam M, Noppen M. The prevalence of blebs or bullae among young healthy adults: a thoracoscopic investigation. *Chest* 2007;132:1140-5. doi: 10.1378/chest.07-0029.
5. Barker A, Maratos EC, Edmonds L, Lim E. Recurrence rates of video-assisted thoracoscopic versus open surgery in the prevention of recurrent pneumothoraces: a systematic review of randomised and non-randomised trials. *Lancet* 2007;370:329-35. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61163-5.
6. Baumann MH. What size chest tube? What drainage system is ideal? And other chest tube management questions. *Curr Opin Pulm Med* 2003;9:276-81. doi: 10.1097/00063198-200307000-00006.
7. Baumann MH, Strange C. Treatment of spontaneous pneumothorax: a more aggressive approach? *Chest* 1997;112:789-804. doi: 10.1378/chest.112.3.789.