

Comentarios a  
**CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO**  
 (del Vol. 24, Núm.2)  
 (Med fam Andal 2023; 2:98-99)

**Respuestas razonadas**

Dolor torácico y disnea súbitos en paciente joven.

A propósito de un caso

Gálvez Martínez C<sup>1</sup>, Sánchez Palomeque A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Interno Residente de Cirugía General. Hospital Universitario de Jaén. Servicio Andaluz de Salud

<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Valle. Jaén. Servicio Andaluz de Salud

**Respuestas razonadas**

1. Se nos aportan dos radiografías de tórax en proyección Postero-Anterior y Lateral como pruebas complementarias.

En la proyección Postero-Anterior podemos apreciar el colapso del parénquima pulmonar izquierdo, aglomerándose este en torno a su hilio y reduciendo al mínimo el volumen que ocupa. En la proyección Lateral se intuye un aumento de la densidad aire, apoyando las evidencias de la otra proyección.

En la radiografía se muestra un colapso de parénquima pulmonar izquierdo, lo que permitió diagnosticar al paciente de neumotórax espontáneo izquierdo completo.

El paciente fue ingresado en la planta de cirugía torácica y fue tratado mediante tubo de tórax de 20 French, experimentando franca mejoría y siendo dado de alta tras una semana de ingreso hospitalario.

El neumotórax espontáneo primario (**1.b**) Neumotórax espontáneo primario. (**CO-RRECTA**) presenta como síntomas más frecuentes el dolor torácico y la disnea (80-90% de los casos), con un 5-10% de casos asintomáticos dependiendo de la reserva funcional del paciente. En un 3% de los casos puede producirse un neumotórax a tensión (**1.c**) Neumotórax a tensión. (**Incorrecta**), cuando existe un mecanismo valvular que permite la entrada de aire a la cavidad pleural durante la inspiración, pero no vaciarse en la espiración. Esto ocasiona

un colapso total del pulmón de ese lado, con un desplazamiento mediastínico que impide el retorno venoso con el consiguiente fallo cardíaco. En este caso sería una urgencia vital que exige una descompresión inmediata, apareciendo síntomas como disnea severa, taquipnea, cianosis, sudoración, hipotensión y distensión yugular bilateral (1).

Como principales diagnósticos diferenciales radiográficos tenemos el tromboembolismo pulmonar, la neoplasia pulmonar y la neumonía.

El neumotórax se caracteriza radiográficamente por la falta de aire entre la pleura visceral y parietal, lo que produce una pérdida de la línea pleural y una posible disminución del tamaño del pulmón afectado.

El tromboembolismo pulmonar (**1.e**) Tromboembolismo pulmonar. (**Incorrecta**) se puede observar radiográficamente como una opacidad segmentaria o lobar con o sin áreas de hiperdensidad, aunque en ocasiones puede no ser evidente en una radiografía de tórax.

La neoplasia pulmonar (**1.a**) Neoplasia pulmonar. (**Incorrecta**) se manifiesta radiográficamente como una masa o nódulo pulmonar, que puede ser visible como una opacidad homogénea o heterogénea, y que puede tener bordes circunscritos o mal definidos.

La neumonía (**1.d**) Neumonía. (**Incorrecta**) se caracteriza radiográficamente por la

presencia de una opacidad alveolar o intersticial, que generalmente muestra una distribución segmentaria o lobar, y que puede ir acompañada de una consolidación del pulmón afectado (2).

2. El hemotórax se define como la presencia de gas en el espacio pleural, que es la cavidad virtual definida entre la pleura visceral y la pleura parietal.

El neumotórax se considera espontáneo cuando ocurre sin la presencia de un factor externo. Puede ser primariamente espontáneo cuando el paciente no tiene una enfermedad subyacente que lo justifique o secundariamente espontáneo cuando esta sí se encuentra presente. El neumotórax puede suponer un riesgo para la vida del paciente y debe ser tratado preferentemente (2).

El neumotórax espontáneo primario ocurre principalmente en pacientes varones de 20 a 30 años. Siendo la mayoría de las recurrencias en el primer año con el pico de incidencia en los 30 días posteriores.

El principal factor de riesgo para sufrir un neumotórax primario espontáneo es el tabaquismo (2.e) (**CORRECTA**), seguido de la constitución alta y delgada. Otros factores para tener en cuenta son los antecedentes familiares, el embarazo y enfermedades del tejido conectivo como el síndrome de Marfan. Algunos autores también relacionan el consumo de cannabis o la contaminación del aire como factores de riesgo (3).

El neumotórax espontáneo secundario es más frecuente en pacientes varones mayores de 60 años debido al aumento de comorbilidades, entre las que destacan: EPOC, asma, neumonía por *Pneumocystis*, tuberculosis, fibrosis quística, carcinoma broncogénico y las enfermedades intersticiales pulmonares como fibrosis pulmonar idiopática o sarcoidosis entre otras (3).

3. La conducta terapéutica viene determi-

nada por una serie de parámetros como el tamaño o la gravedad clínica (3.d) (**CORRECTA**), cobrando especial importancia la estabilidad del paciente (3).

El tamaño del neumotórax viene definido mediante diversos métodos con mayor o menor precisión, entre ellos destacan:

El British Thoracic Society (BTS): establece que un neumotórax es pequeño si la distancia entre la pared torácica y la pleura visceral a nivel de lilio es menor de 2 cm y grande si es mayor o igual a 2 cm, recomendando algunos autores el límite de 3 cm.

La Distancia Media Interpleural, Average Interpleural Distance (AID) o Método de Rhea: calculado mediante la suma de las distancias en milímetros entre las costillas y la pleura visceral en ápex, tórax medio y base pulmonar dividida entre 3 para estimar el porcentaje de volumen del hemitórax

También se puede emplear el Índice de Light:

$$\text{Porcentaje de neumotórax} = \left( \frac{\text{distancia del pulmón colapsado}}{\text{distancia de hemitórax afecto}} \right) \cdot 100\%$$

Estableciéndose pues un neumotórax como pequeño aquel menor o igual 3 cm en ápex o menor o igual 2 cm en hilio y uno grande aquel mayor a 3 cm en ápex o mayor a 2 cm en hilio.

Los criterios de estabilidad deben enmarcarse necesariamente dentro de los siguientes

Parámetros (2):

- Frecuencia respiratoria inferior a 24 respiraciones por minuto.
- Frecuencia cardíaca entre 60 y 120 latidos por minuto.
- Presión arterial dentro de los límites normales.
- Saturación de oxígeno superior al 90%.

- Ser capaz de hablar usando frases completas.

En pacientes estables se debe tener en cuenta el tamaño del neumotórax, los síntomas asociados, si es o no el primer episodio, presencia de otros hallazgos como bullas o efusión pleural o incluso la bilateralidad del neumotórax (4).

Un neumotórax pequeño, en pacientes clínicamente estables, en su primer episodio debe ser tratado de forma conservadora con observación, pudiéndose añadir oxigenoterapia. Diversos estudios han concluido que el tratamiento conservador beneficia a este tipo de pacientes (4).

En los raros casos de pacientes con síntomas significativos a pesar de tener un neumotórax pequeño, pueden ser tributarios a aspiración o tubo intra torácica ya que tienen más posibilidades de aumentar el tamaño del neumotórax (4).

Ante un neumotórax grande en pacientes con un primer episodio de neumotórax espontáneo las opciones de tratamiento varían desde aspiración, tubo intratorácico hospitalario o ambulatorio e incluso observación, dependiendo la elección del tratamiento de la severidad de los síntomas.

En el caso de pacientes inestables, se tratar con tubo torácico inmediatamente, ya que un retraso en la aplicación de este tratamiento motivará la necesidad de descompresión del espacio pleural con aguja previamente (5).

## Bibliografía

1. Brown A, Sawyer JD, Neumeister MW. Spitz Nevus: Review and Update. *Clin Plast Surg.* 2021; 48:677-86.
2. Anju K, Nakamura Y, Okiyama N, Ishitsuka Y, Saito A, Watanabe R, Fujisawa Y. Angiomatoid Spitz nevus with surrounding pagetoid melanocytic proliferation on the sole of the foot: An unusual case report with immunohistochemical studies for angiogenic factors. *J Dermatol.* 2020; 47:538-41.
3. Roldán Marín R, Carlos Ortega B. Criterios dermatoscópicos para el diagnóstico de lesión melanocítica y melanoma cutáneo. *Dermatología CMQ* 2014; 12:142
4. Yori Fiorella, Sanjinés Lucía, Badano Lucía, Dufrechou Lídice, Nicoletti Sofía, Larre Borges Alejandra. Nevo de Spitz en la infancia: el gran simulador de melanoma. *Arch. Pediatr. Urug.* 2017; 88: 101-7.
5. Rodrigo Schwartz A. Melanoma maligno y diagnóstico diferencial de lesiones pigmentadas en piel. *Dermatología.* 2011; 22: 728-34.

### CORRESPONDENCIA

Carlos Gálvez Martínez

Correo-e: carlosgalvezmartinez97@gmail.com