

# PRESENTACION CASO CLINICO DOLOR TORACICO

Verónica Calleja  
Marta Jauregui  
Gaetano Pepe

# HISTORIA CLÍNICA

## Motivo de Ingreso:



Mujer de 27 años que acude a Urgencias por dolor torácico.

## • Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- No hipertensa, no diabética, no dislipémica.
- Fumadora ocasional.
- DNA+ para el virus del papiloma humano (2009).
- No lleva ningún tratamiento habitual.



## ● Enfermedad actual:

- Dolor en la porción apical del hemitórax izquierdo desde hace 4 días que progresivamente se vuelve más intenso hasta que hace 3 horas decide acudir a urgencias.
- Aumenta con la respiración y los cambios posturales. Tipo “pinchazos”.
- No se irradia. No disnea. No clínica vegetativa. No tos. No fiebre.

## ● Exploración física:

- Buen estado general. Consciente y orientada. Normocoloreada y normohidratada. Eupneica en reposo. Colaboradora.



- Auscultación cardíaca: Rítmica a 76 lpm. Sin ruidos extra, soplos o roces.
- Auscultación pulmonar: **Hipoventilación en hemitórax izquierdo.**
- Dolor a la presión sobre hemitórax izquierdo.
- Exploración abdominal: abdomen blando y depresible. No doloroso a la palpación. Sin masas o megalias. Blumberg negativo. Puñopercusión renal negativa.

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

-Dolor torácico-

- **DD - ORIGEN CARDÍACO:**

- **Síndrome coronario Agudo**
- **Disección aórtica**
- Enfermedad valvular
- Pericarditis
- Miocarditis



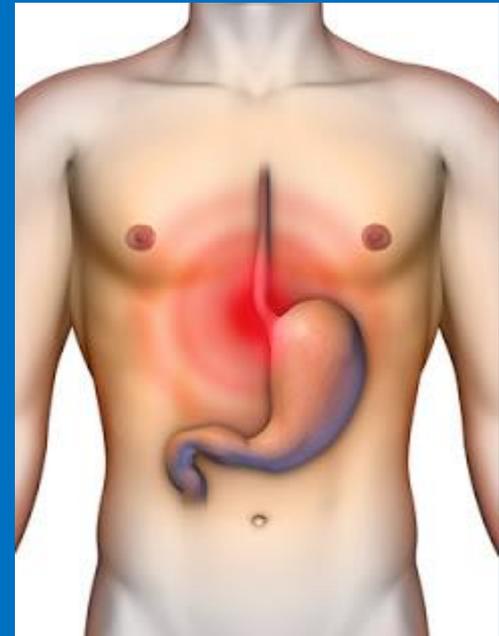
- **DD - ORIGEN PULMONAR:**

- TEP
- Hipertensión pulmonar
- Neumonía
- Pneumotorax
- Hemotorax
- Pleuritis



- **DD - ORIGEN DIGESTIVO:**

- Reflujo gastroesofágico
- Esofagitis
- Acalasia
- Espasmo esofágico difuso
- Cuerpo extraño
- **Rotura esofágica**



- **DD - ORIGEN OSTEO-ARTICULAR:**

- Dolor musculo-esquelético
- Enfermedad reumática
- Neuralgia (zoster)



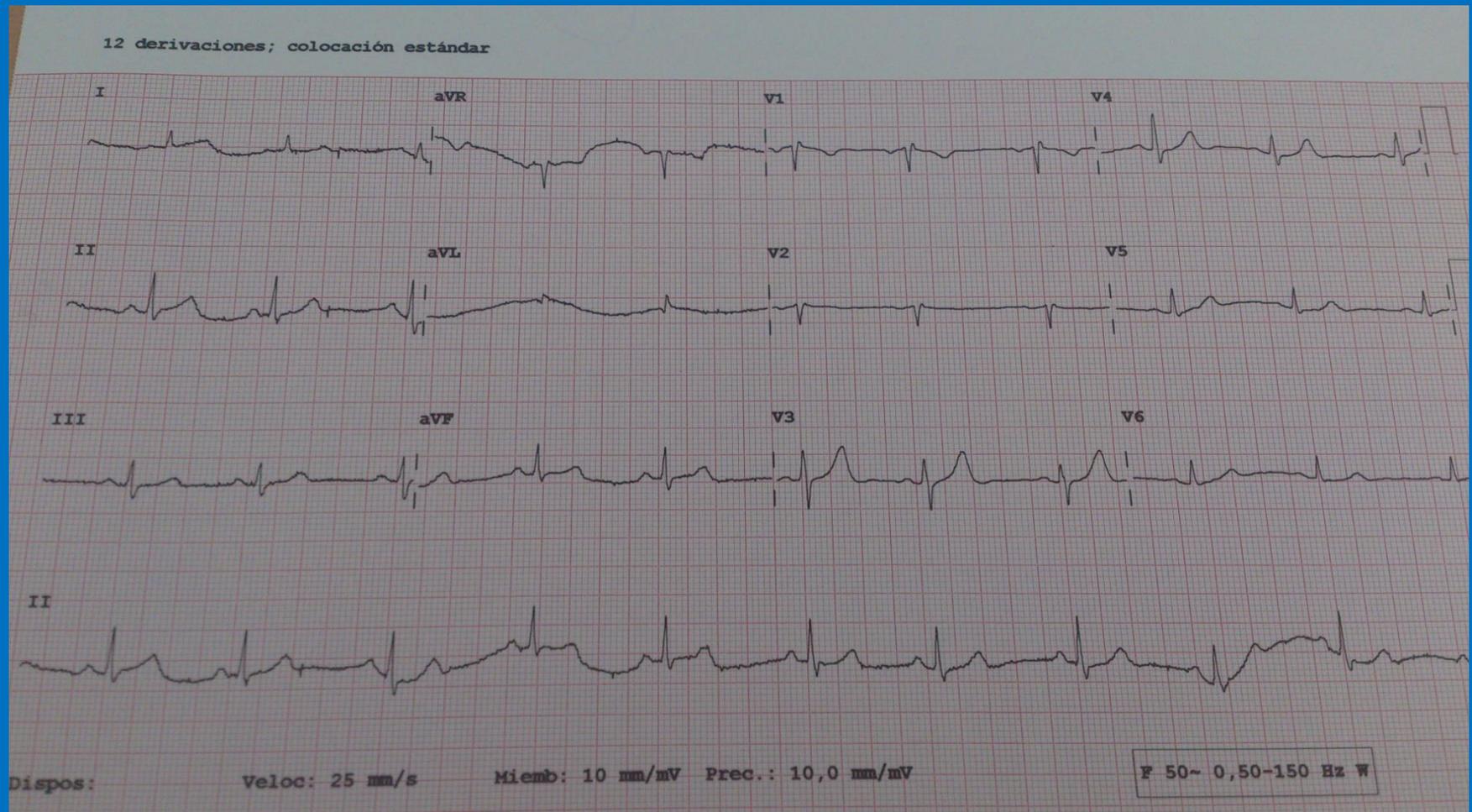
- **DD - OTROS:**

- Psicógeno /Ansiedad
- Referido



# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

## ECG:



- 68 lpm
- Ritmo sinusal
- QRS estrecho
- PR normal
- No alteraciones de la repolarización

## DESCARTAMOS:

- SCACEST
- Pericarditis

**AC:** En esta paciente nos permite descartar patología valvular al no escuchar soplos.

## ➤ ANALÍTICA COMPLETA:

- Enzimas cardiacas:

1. Troponina T ultrasensible : <3 (0,0-14)
2. Creatin-Kinasa (suero) : 90 (24-170)
3. Mioglobina: <21 (70)

## **DESCARTAMOS:**

Patología coronaria aguda

- Bioquímica básica:

1. Glucosa: 89 (70-100)
2. Urea: 25 (10-50)
3. Creatinina: 0.93 (0.55-0.96)
4. Ionograma normal

- Coagulación:

1. TP: 103 (80-120)
2. INR: 1,04
3. TTPA: 30
4. Dímero D <200 ( ANTE FALTA DE CLÍNICA Y DÍMERO NEGATIVO  
DESCARTAMOS TEP)

## • Fórmula leucocitaria:

1. Neutrófilos : 68.9 (40-74)
2. Linfocitos : 23.9 (19-48)
3. Monocitos : 6.2 (2-13)
4. Eosinófilos: 0.7 (0-7)
5. Basófilos: 0.3 (0-2.5)

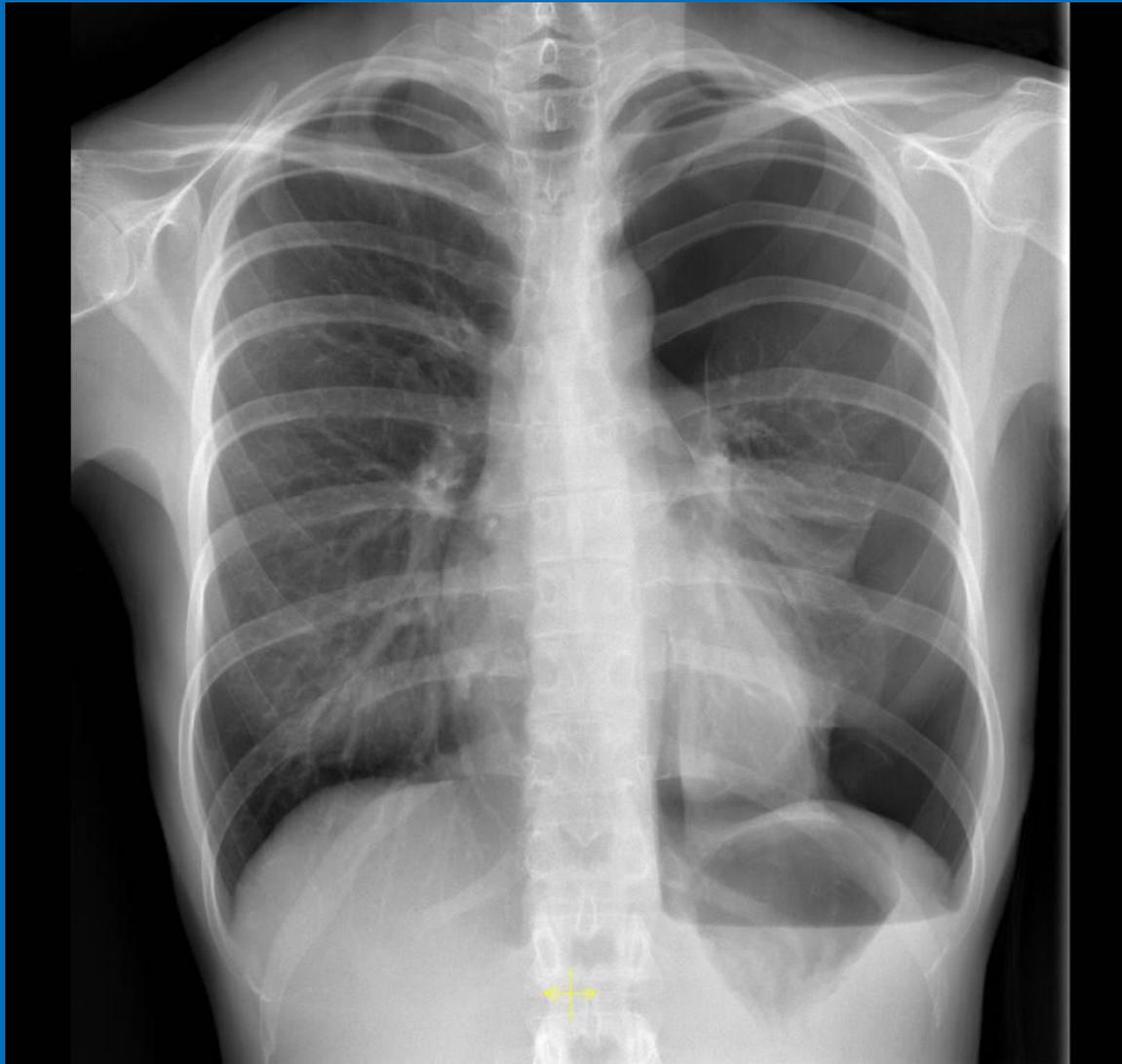
## • Hematología:

1. Hematías: 4.12 (4-5)
2. Hb: 12.8 (12-16)
3. Hto: 37.4 (36-46)
4. Plaquetas : 246 (150-425)
5. Leucocitos: 4.8 (4-11)

- PCR: 2.0 (0-10)

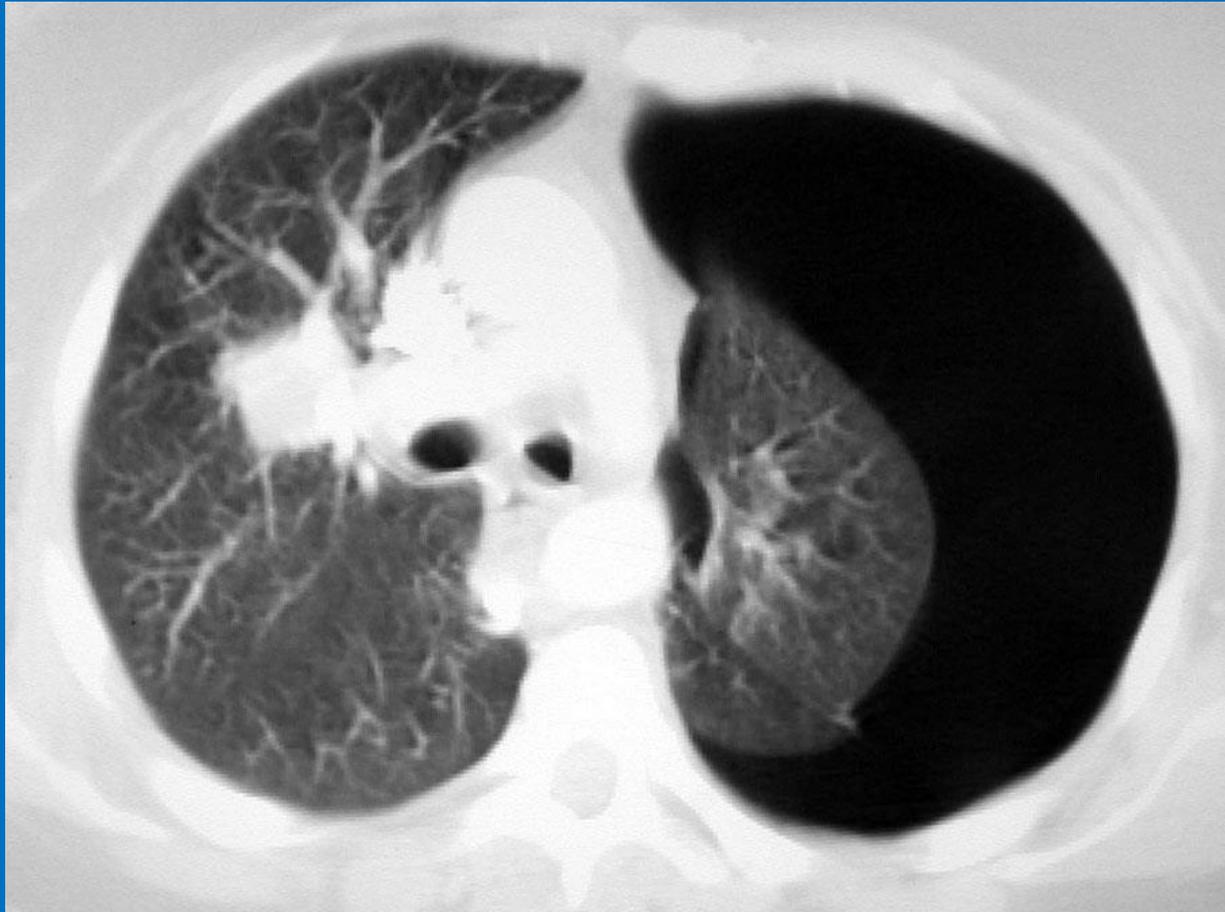
**DESCARTAMOS** : Proceso infeccioso: PCR normal, No leucocitosis y ausencia de fiebre.

# ➤ RX TÓRAX



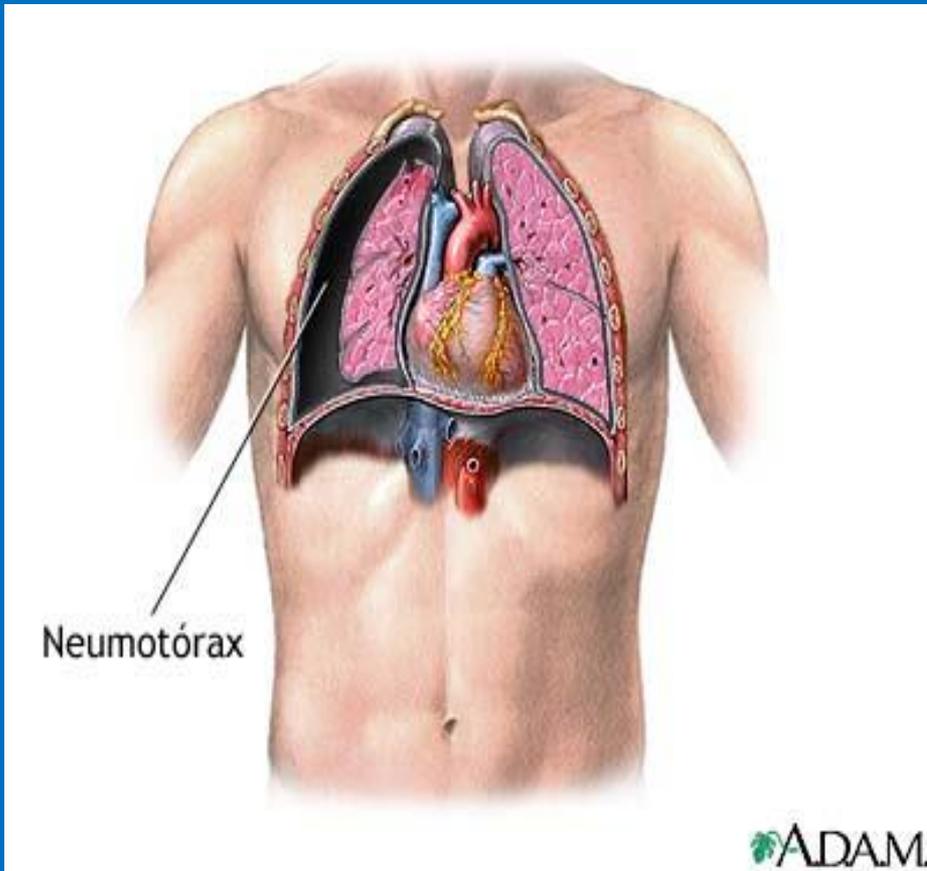
Neumotórax izquierdo de 70-80% con nivel hidroaereo discreto.

➤ TAC:

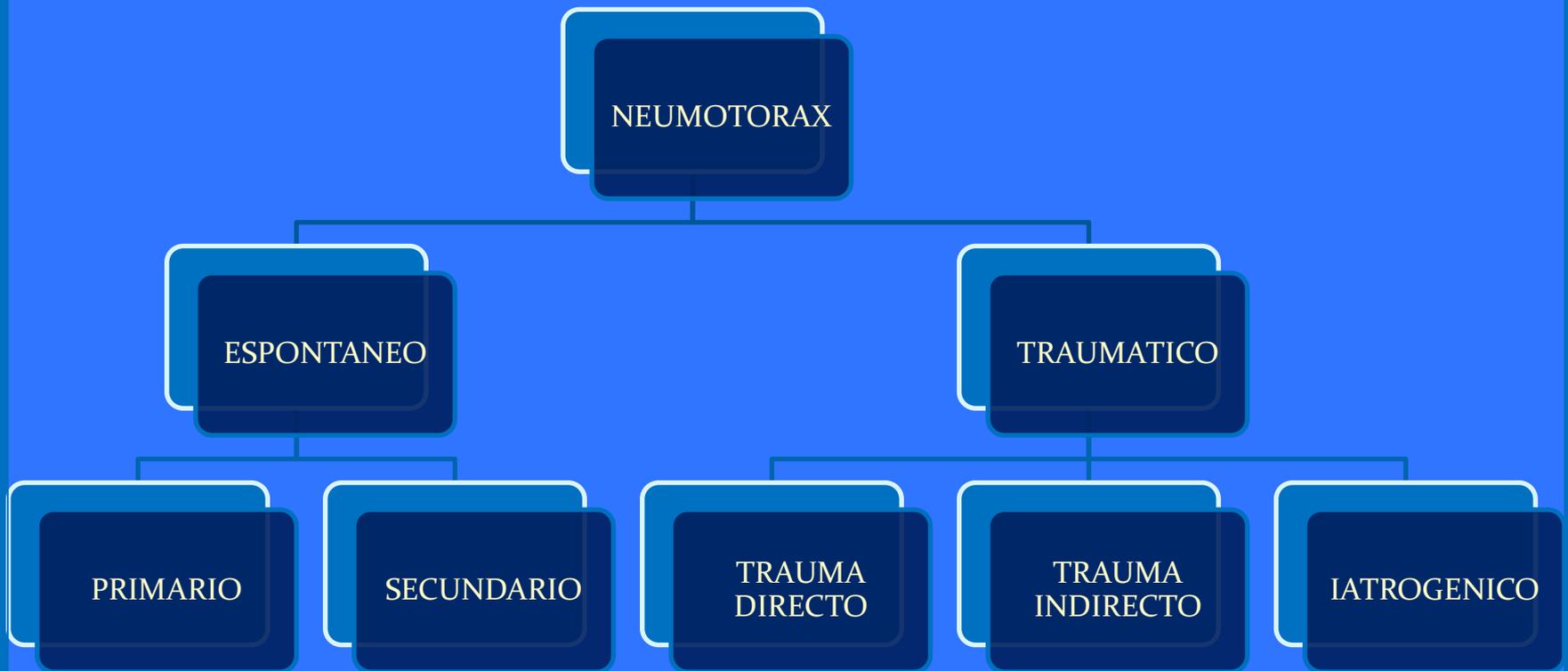


# NEUMOTORAX

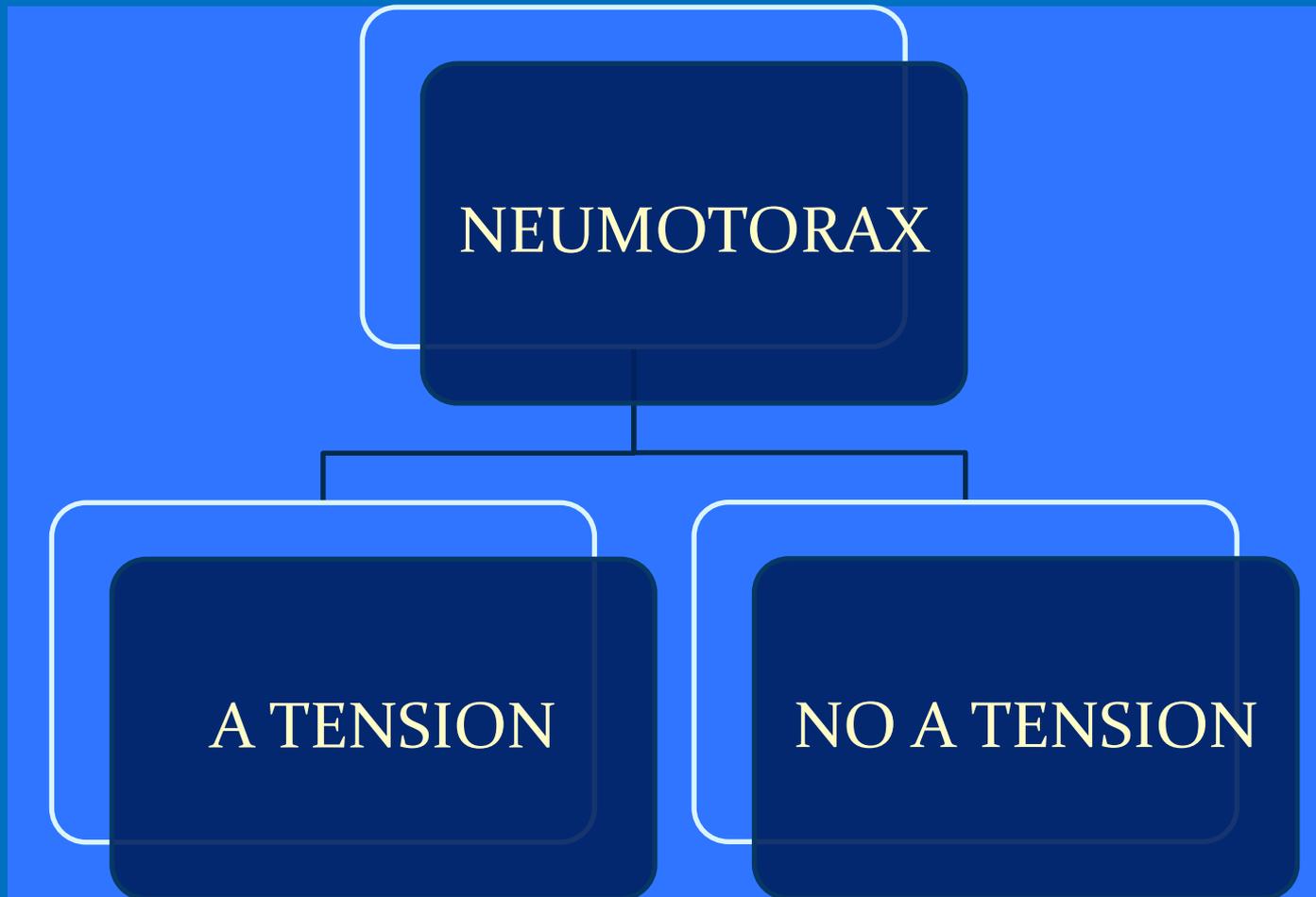
Presencia de aire en el espacio pleural



# CLASIFICACION



# CLASIFICACION



# ETIOLOGIA

## NEUMOTORAX ESPONTANEO

### PRIMARIO

- SIN PATOLOGIA PREVIA CONOCIDA
- RUPTURA DE BULLAS PULMONARES
- BLEBS PLEURALES

### SECUNDARIO

CON PATOLOGIA CONOCIDA

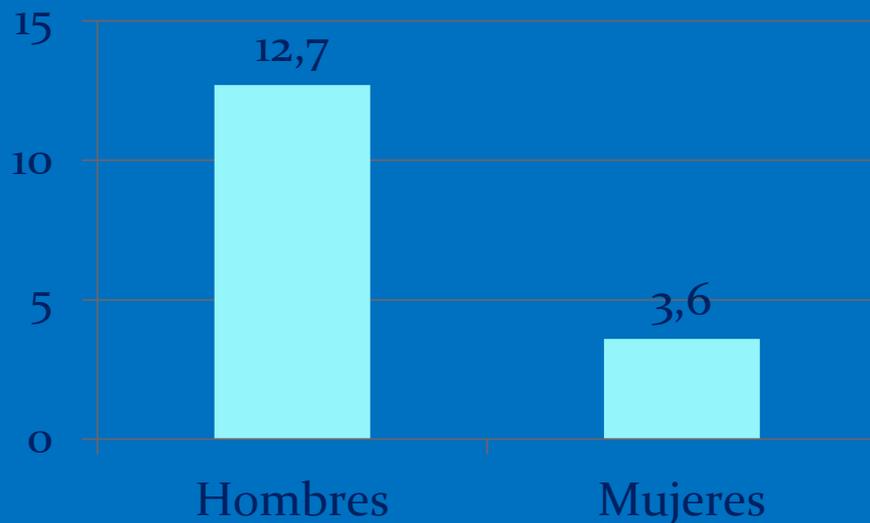
- Enfisema panacinar difuso
- Tuberculosis
- Asma bronquial
- Fibrosis intersticial
- Infecciones agudas o crónicas
- CA de pulmón

# ETIOLOGIA



# NEUMOTORAX ESPONTANEO PRIMARIO

## INCIDENCIA



10% tienen  
historia familiar

🌐 Edad: 10-30 años

🌐 Desordenes  
congénitos

➤ Síndrome de Marfan

🌐 Ambientales:

➤ Tabaco

➤ Presión atmosférica

➤ Cambios emocionales

# FISIOPATOLOGIA

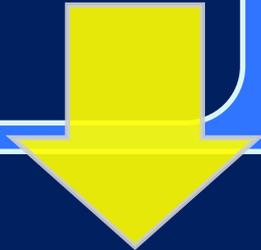
- Inflamación vía aérea
- Anomalía árbol bronquial
- Trastornos del tejido conectivo
- Malnutrición
- Isquemia local

FACTORES  
DESENCADENANTES

- BULLAS
- POROSIDAD PLEURAL

# FISIOPATOLOGIA

TABAQUISMO  
NEUTROFILOS/MACROFAGOS  
DEGRADACION DE FIBRAS ELASTICAS DEL  
PULMON  
DISBALANCE SISTEMA  
PROTEASA/ONTIOXIDANTES  
OBSTRUCCION VIAS AEREAS PEQUEÑO CALIBRE



AUMENTO DE LA PRESION ALVEOLAR  
FUGA DE AIRE AL INSTERTICIO  
PULMONAR  
DESPLAZAMIENTO DE AIRE HACIA EL  
HILIO



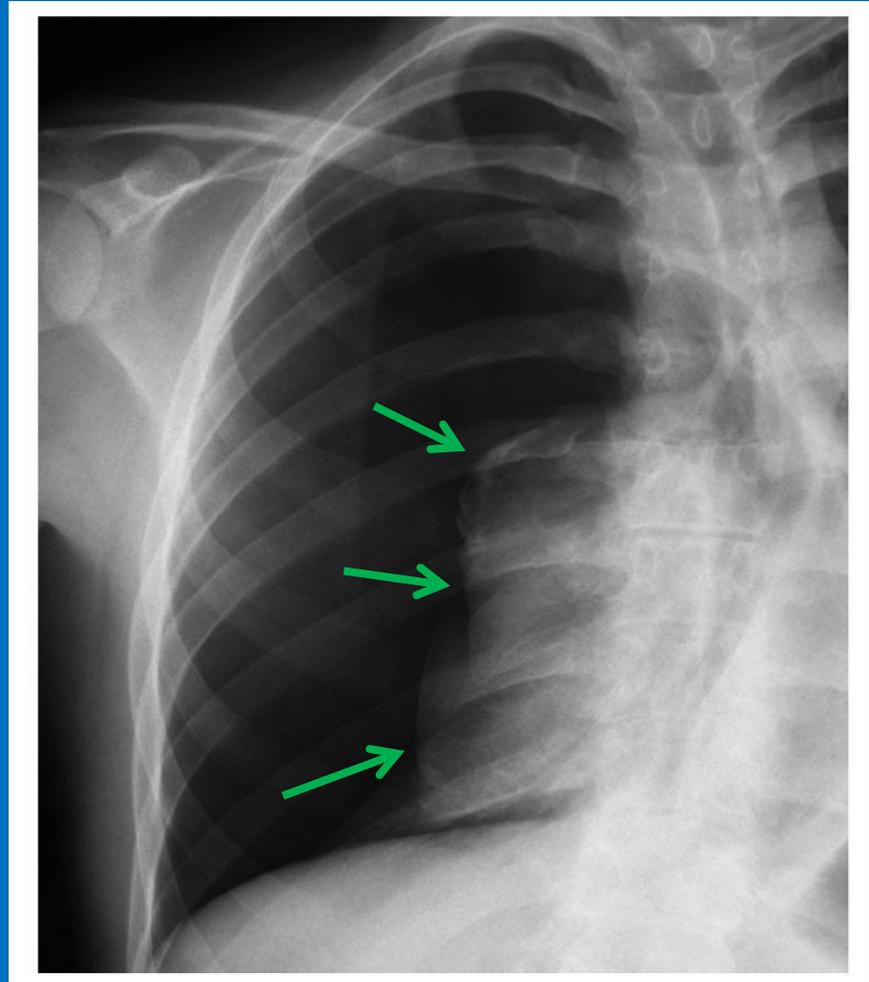
NEUMOMEDIASTINO  
NEUMOTORAX

# CLINICA

- Dolor pleurítico
- Dificultad respiratoria
- Hiperresonancia
- ↓ de ruidos respiratorios
- ↓ de expansibilidad torácica
- Taquicardia
- Sudoración profusa
- Escalofríos
- Hipotensión
- ANALITICA:  
GA: PA-AO<sub>2</sub> ↑

# DIAGNOSTICO

- Historia clínica
- Exámenes complementarios
- RX de tórax
- TAC tórax

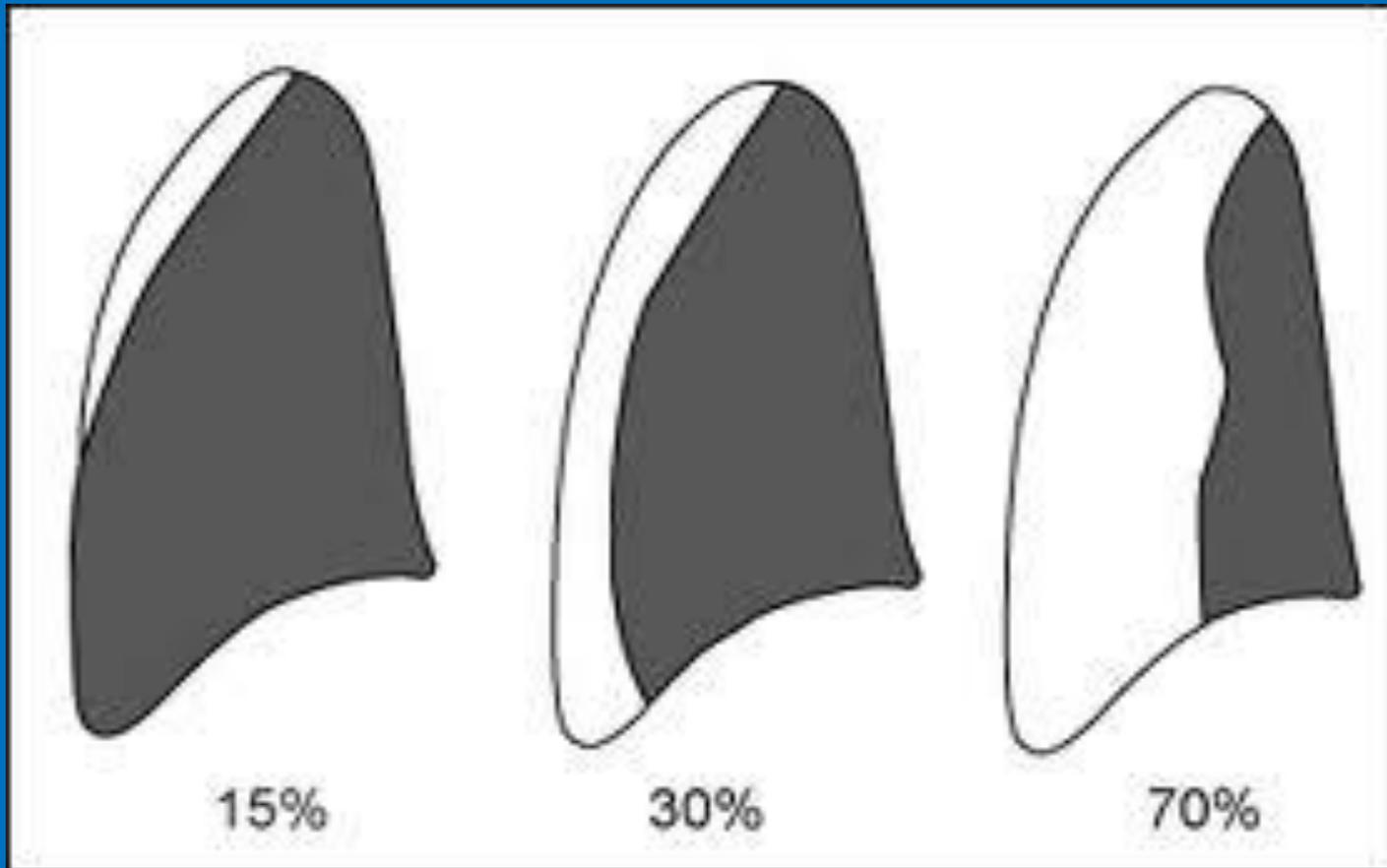


# TRATAMIENTO OBJETIVOS



Drenaje del aire  
Re expansión pulmonar  
Evitar la recurrencia

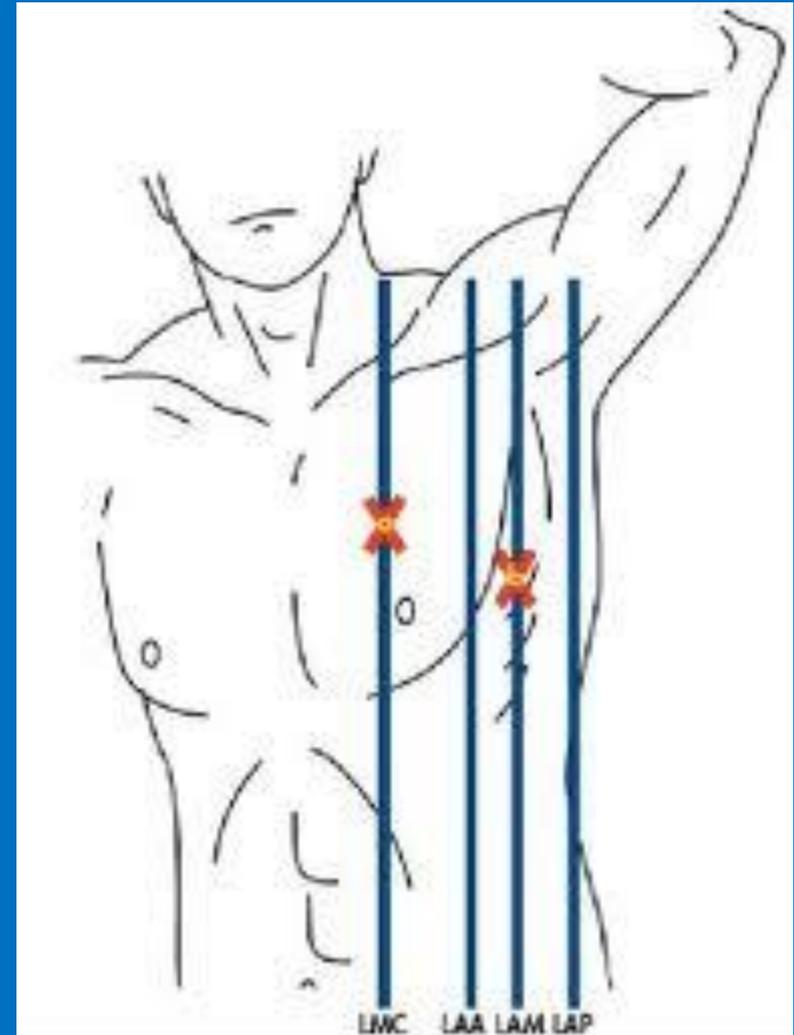
# TRATAMIENTO

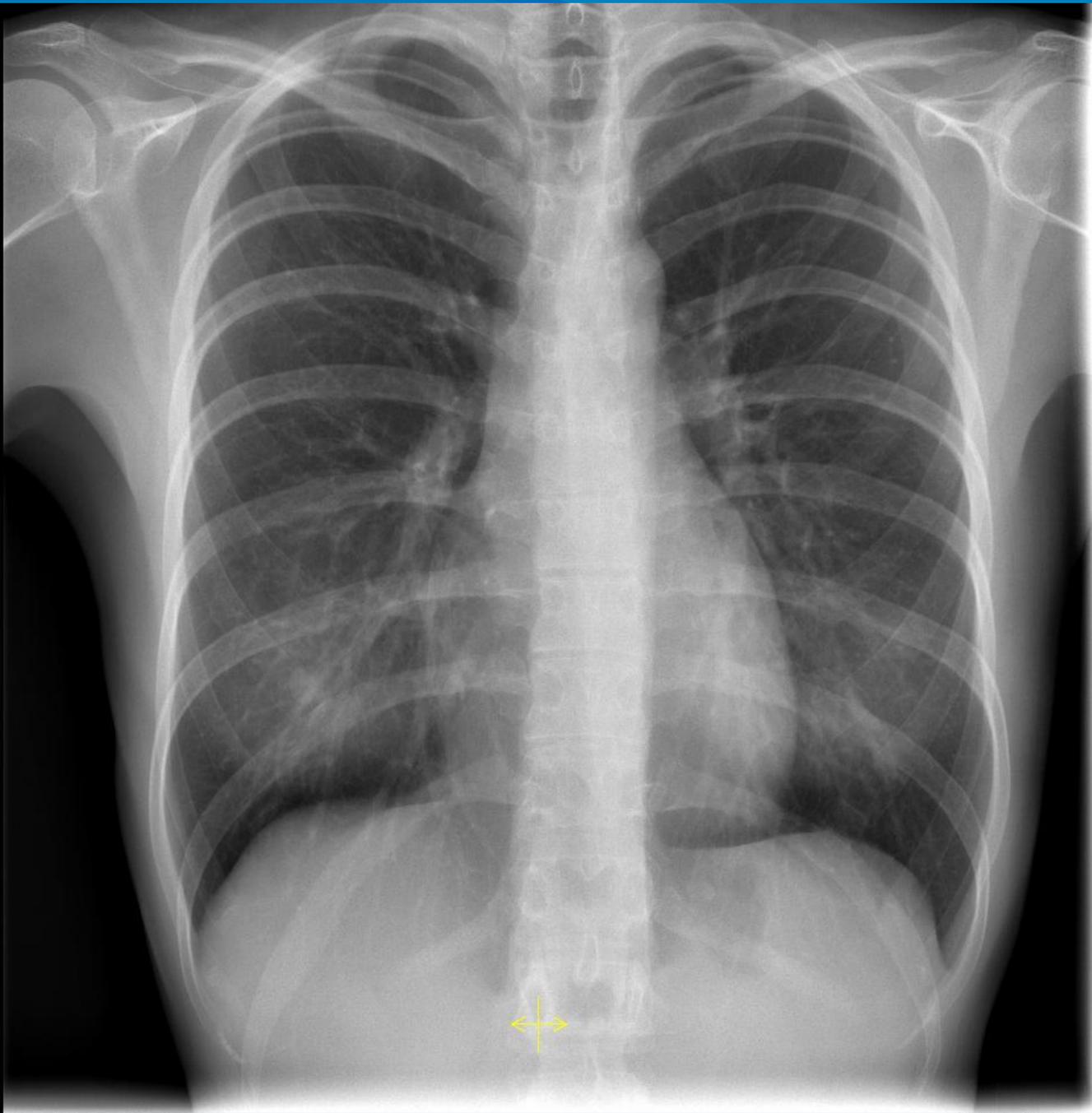


**El primer episodio de neumotórax espontáneo primario se debe tratar si es pequeño con observación y si es mayor de 15% con drenaje**

# TRATAMIENTO

1. Elección del sitio de inserción
2. Asepsia y antisepsia
3. Anestesia local
4. Disección por planos
5. Penetración del espacio pleural
6. Exploración del espacio pleural
7. Colocación del tubo endotorácico
8. Conexión a sistema de drenaje
9. Fijación del tubo de tórax
10. Colocación de apósito
11. Rx control





# BIBLIOGRAFIA

- A.B. Carlavilla M. Manual de Diagnostico y Terapéutica Medica. 6ta Ed. H:U: 12 de Octubre. Madrid. 2007
- J.J. Rivas de Andrés en Et. H.U. Miguel Servet. Normativas sobre el diagnostico y tratamiento del neumotórax espontaneo. SEPAR 2008 .437-448.
- Hernández C.et al. Neumotórax espontaneo idiopático: tratamiento basado en la aspiración con catéter fino frente a drenaje torácico. Arch Bronco. 1999. 35: 179-82
- L.M. Argote et al. Neumotórax espontaneo bilateral en un paciente con Síndrome de Marfan: Reporte de un caso clínico y Revisión de la literatura. Sociedad Mexicana de Neumonologia y Cirugía de Tórax- Vol. 68(3):114-118, 2009

GRACIAS