



Cad Aten Primaria
Año 2008
Volume 15
Páx. 319-319

Tumefacción en los dedos de las manos

Mareque Rivas, Fernando

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Meicende-Arteixo. A Coruña

INTRODUCCIÓN

Acude a la consulta una mujer de 72 años hipertensa para control de las cifras de la tensión arterial. Diagnosticada por su anterior médico de artrosis en las manos y a tratamiento con AINES. En la exploración física de las manos se aprecia lo que aparece en la figura. La piel se muestra engrosada y endurecida.

PREGUNTAS

1. ¿Cuál sería la sospecha diagnóstica?
 - a) Enfermedad de Raynaud
 - b) Nódulos de Heberden y Bouchard
 - c) Exploración normal
 - d) Esclerodactilia
 - e) Acrogeria de Gottron
2. ¿Cuál sería la actitud más correcta?
 - a) Seguir con tratamiento AINES
 - b) Remitir a Reumatología
 - c) Solicitar una Rx para confirmar el diagnóstico
 - d) No dar importancia a la exploración, ya que es normal
 - e) Utilizar una crema de corticosteroides para mejorar las lesiones



FIGURA 1

Correspondencia

Correo electrónico: Fernando.Mareque.Rivas@sergas.es



Cad Aten Primaria
Año 2008
Volume 15
Páx. 320-320

Hombre de 32 años con úlcera en pene

Bruno Rodríguez González

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Elviña Mesoiro. Área Sanitaria de A Coruña

Francisco Javier Maestro Saavedra

Médico de Familia. C.S. Elviña Mesoiro. Área sanitaria A Coruña

ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 32 años, sin alergias conocidas. Conjuntivitis vírica en 2006. Cólico nefrítico en 2007, objetivándose una litiasis por oxalato y fosfato cálcico. No antecedentes quirúrgicos.

ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente consulta por una lesión dolorosa en el pene de 6 días de evolución que no modifica su tamaño. Niega traumatismo o relaciones sexuales de riesgo (salvo una felación). No presenta síndrome miccional ni fiebre. No refiere otra clínica por aparatos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se objetiva una lesión ulcerosa de bordes sobreelevados e indurados de +/- 1 cm de diámetro "molesta" a la palpación, sin exudado purulento. No aparecen adenopatías inguinales ni en otra región.

No presenta ninguna otra alteración a la exploración general.



FIGURA 1

ANTE ESTE PACIENTE

¿Cuál sería la actitud, pruebas complementarias, juicio diagnóstico y tratamiento?



Cad Aten Primaria
Año 2008
Volume 15
Páx. 321-321

Varón de 50 años con placas parduzcas en ambas axilas

Benigno Monteagudo Sánchez
Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto
Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Miguel Cabanillas González
Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto
Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Elvira León Muiños
Residente de Pediatría. Complejo Hospitalario Arquitecto
Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Rosa Romarís Barca
Residente de Pediatría. Complejo Hospitalario Arquitecto
Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Alba Corrales Santos
Residente de Pediatría. Complejo Hospitalario Arquitecto
Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Iria Carballeira
Residente de Pediatría. Complejo Hospitalario Arquitecto
Marcide-Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 50 años de edad, con el antecedente personal de diabetes mellitus tipo II.

ENFERMEDAD ACTUAL

Consultó por la presencia de lesiones levemente pruriginosas en ambas axilas de más de 2 años de evolución. Tratadas durante 2 meses con una aplicación diaria, 3 veces a la semana, de prednicartrato 0.25% en crema disminuyendo el prurito, pero sin resolución del cuadro cutáneo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

A la exploración dermatológica se observaron placas parduzcas poco descamativas, bien delimitadas, localizadas de forma bilateral en axilas (figura 1). En el resto de la superficie cutánea no se apreciaron lesiones (a nivel inguinal, pliegue interglúteo, codos, rodillas, cuero cabelludo ni uñas), salvo leve maceración y descamación a nivel de espacios interdigitales de pies.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Las lesiones axilares e interdigitales presentaban fluorescencia rojo coral con la luz de Wood (figura 2).

ANTE ESTA SITUACIÓN, ¿DIAGNÓSTICO Y ACTITUD?



FIGURA 1



FIGURA 2

Correspondencia:

Benigno Monteagudo Sánchez,
C/Alegre, 83-85, 3ªA, 15401-Ferrol. benims@hotmail.com



Cad Aten Primaria
Año 2008
Volume 15
Páx. 322-322

Dolor abdominal en varón de 40 años

Dra. Carmen Paz Martínez
MIR Medicina de Familia. CS Os Rosales. A Coruña

Dra. Dolores Gomez-Ulla Astray
MIR Medicina de Familia. CS Os Rosales. A Coruña

Dr. Vicente Fernández Rodríguez
Médico de Familia. CS Os Rosales. A Coruña

Paciente de 40 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude al Servicio de Urgencias custodiado por la policía tras regresar de un viaje a Marruecos, refiriendo dolor abdominal cólico desde hace 24 horas. No fiebre ni vómitos. Última deposición hace 48 horas de características normales.

En la exploración física se observa una ligera distensión abdominal y ruidos hidroaéreos aumentados. En el tacto rectal se palpa la ampolla llena de heces y varios objetos redondeados de consistencia dura de aproximadamente 1 cm de diámetro.

Se realiza radiografía simple de abdomen.

1. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica?
2. ¿Cómo actuaríamos?



FIGURA 1



Cad Aten Primaria
Año 2008
Volume 15
Pág. 323-323

Varón de 29 años con dolor torácico

Aboal Beato, Miguel Ángel

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Bueu (Pontevedra)

García Villar, Eva

Médico Residente R-4 de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Bueu (Pontevedra)

Santamaría Valladolid, Jesús

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Servicio de Urgencias del Hospital Montecelo (Complejo Hospitalario de Pontevedra)

PALABRAS CLAVE:

- Pneumothorax
- Thoracic pain
- Dyspnea

INTRODUCCIÓN

Varón de 29 años trabajador de astilleros. Fumador actualmente de aproximadamente 20 cigarrillos/día, comenzó a fumar a la edad de 15 años y no refiere intentos previos de abandono del hábito tabáquico. No presenta antecedentes personales médicos ni quirúrgicos de interés. No refiere antecedentes familiares de interés.

El paciente acude a las 8 horas a su centro de salud refiriendo dolor en hemitórax derecho de unas 3 horas de evolución que le despertó de madrugada. El dolor es de características pleuríticas, es decir lo describe como punzante y localizado y se exacerba con los movimientos respiratorios. No refiere otra sintomatología respiratoria salvo ligera sensación de disnea.

En la exploración física en el centro de salud nos encontramos un paciente delgado (IMC<23) en el que destaca, en la auscultación cardiopulmonar, la ausencia de ruidos respiratorios en hemitórax

derecho sin otros signos de gravedad, no hay taquipnea, taquicardia ni cianosis y permanece afebril y normotenso.

Se decide derivar al paciente al Servicio de Urgencias de nuestro hospital de referencia para estudio radiológico.

PREGUNTAS

¿Qué aprecias en las radiografías y cual es tu diagnóstico?

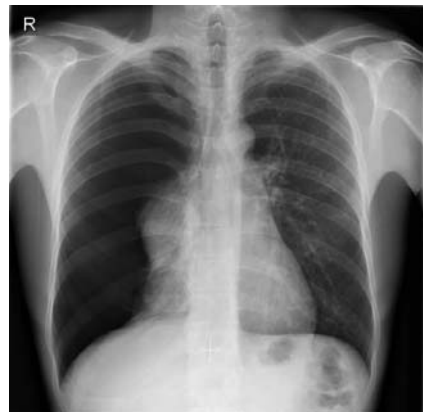


FIGURA 1

Rx en el Servicio de Urgencias hospitalario

Correspondencia relacionada con el trabajo:

Aboal Beato, Miguel Ángel

Centro de Salud de Bueu. C/ Acceso a Ramón Bares s/n
36930 Bueu (Pontevedra) • miguel.angel.aboal.beato@sergas.es

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO TUMEFACCIÓN EN LOS DEDOS DE LAS MANOS

DIAGNÓSTICO

Las lesiones cutáneas que presenta la paciente en las manos son típicas de esclerodactilia.

La actitud más correcta en este caso sería la derivación a reumatología.

EXPLICACIÓN FINAL

Aunque es habitual que la esclerodactilia se acompañe del fenómeno de Raynaud, por la imagen no podemos diagnosticarla de este proceso. Los nódulos de Heberden y Bouchard son lesiones que se encuentran en las articulaciones interfalángicas de las manos debidas a artrosis. La Acrogeria de Gottron es una enfermedad muy poco frecuente. Se caracteriza por atrofia cutánea y pérdida de la grasa subcutánea de comienzo al nacimiento o poco después. Se afectan las extremidades, dorso de las manos y pies, pero puede aparecer también en cara y tronco. La piel es fina, seca y transparente. No tiene repercusiones sistémicas.

La Esclerodermia sistémica progresiva es una dermatosis crónica generalizada y progresiva que se caracteriza por un endurecimiento e inmovilidad progresiva difusa de la piel afectada, con afectación vis-

ceral, en particular de los pulmones, esófago, riñones y corazón. Se puede acompañar de calcinosis, fenómeno de Raynaud y telangiectasias (síndrome de CREST). Incluye acrosclerosis y acrodactilia.

En este caso, es necesario derivarla a Reumatología para tratamiento adecuado y estudios complementarios, ya que la esclerosis no sólo puede afectar a la piel sino también a otros órganos y aparatos como el digestivo, corazón, pulmón y riñones (Esclerodermia sistémica progresiva).

BIBLIOGRAFÍA

- Daigeler A, Meyer M, Joneidi-Jafari H, Möcklinghoff C, Steinau HU, Lehnhardt M. Manifestations of scleroderma at the hand—options for hand surgery in an interdisciplinary concept. *Handchir Mikrochir Plast Chir.* 2007 Apr; 39(2):128-34.
- Soma Y, Tamaki T, Kikuchi K, Abe M, Igarashi A, Takehara K, et al. Coexistence of morphea and systemic sclerosis. *Dermatology.* 1993; 186(2):103-5.
- Castells A. Atrofas y esclerosis. En Castells A. Atlas de dermatología. 1ª ed. Madrid: Editorial AC; 1983. P.171-73.
- Rodríguez de la Senra A. Esclerosis Sistémica. Formas localizadas de esclerodermia. En Andreu JL, Barceló P, Figueroa M, Herrero-Beaumont G, Martín E, Olivé A et al. Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. 1ª ed. Madrid: Editorial Mosby/Doyma Libros, SA; 1996.P.357-68.
- Gilliland BC. Esclerosis sistémica (esclerodermia). En Braunbal E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison Principios de medicina interna Vol.2. 15ª ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.; 2002.P.2266-77.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO HOMBRE DE 32 AÑOS CON ÚLCERA EN PENE

DISCUSIÓN

Nos encontramos ante un paciente que presenta una lesión ulcerosa en genitales, ante esta situación hay que realizar el diagnóstico diferencial con las causas más frecuentes de dicha lesión:

- Herpes genital. (80%)
- Sífilis. (5%)
- Chancroide o chancro blando. (<1%)
- Linfgranuloma venéreo.
- Granuloma inguinal.
- Otros: traumatismos, candidiasis, Behçet, Reither.

Tras realizar una exhaustiva anamnesis y exploración física se deberán realizar las siguientes pruebas complementarias que irán encaminadas a confirmar o descartar nuestra sospecha diagnóstica:

- 1.- Cultivo de herpes o test antigénico.
- 2.- Cultivo de H. Ducreyi: para Chancroide o chancro blando.
- 3.- Serología luética, y examen en campo oscuro: el RPR se utiliza como screening y en caso de ser positivo se realiza un test más específico (FTA-ABS). Lo más específico es visualizar el *Treponema pallidum* en microscopio de campo oscuro.

4.- Serología hepatitis.

5.- Serología VIH.

Todos los test serológicos han de ser repetidos a los 3 meses si inicialmente fueron negativos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En nuestro paciente los resultados fueron los siguientes: Hemograma y bioquímica normales, serología de hepatitis negativa, VIH negativo, RPR positivo 1/4 con Ac. Totales T.pallidum positivo 28.2.

DIAGNÓSTICO

El paciente es diagnosticado de sífilis primaria.

La lesión se trata de un chancro sífilítico que corresponde al lugar de la inoculación.

TRATAMIENTO

El paciente fue tratado con Penicilina G Benzatina 2,4 mill. U. intramuscular en dosis única, mostrando a los pocos días una remisión total de su sintomatología.

TRATAMIENTO DE PAREJAS SEXUALES:

En este caso al tratarse de una sífilis primaria habría que tratar a todos los contactos sexuales de los últimos 90 días.

En caso de sífilis primaria, secundaria o latente precoz (< 2 años) hay que tratar a todos los contactos sexuales de los últimos 90 días. En el caso de que se tratase de una sífilis latente tardía o terciaria habría que tratar a los contactos de los últimos 2 años.

El tratamiento consiste en una dosis única de Penicilina G Benzatina 2,4 mill. U. IM.

SEGUIMIENTO

En lesiones ulcerosas anogenitales con test serológicos negativos está indicado repetir estos test a los 3 meses.

Todo paciente diagnosticado de sífilis debe ser investigado para VIH, y si el estudio inicial es negativo debe repetirse a los 3 meses.

A los pacientes tratados se les debe repetir la exploración y la serología no treponémica a los 6, 12 y 24 meses.

Si el paciente presenta clínica o aumento x4 de los títulos serológicos deben ser sometidos a retratamiento.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO VARÓN DE 50 AÑOS CON PLACAS PARDUZCAS EN AMBAS AXILAS

Se estableció el diagnóstico de eritrasma basado en la morfología típica de las lesiones y la fluorescencia característica con la luz de Wood, asociado al antecedente personal de diabetes mellitus. No se realizó biopsia, examen directo ni cultivo.

EVOLUCIÓN:

Se instauró tratamiento con eritromicina, 500 g/24h durante 7 días, por vía oral con curación de la lesión.

DISCUSIÓN

El eritrasma es una infección cutánea crónica localizada a nivel del estrato córneo (parte superficial de la epidermis). El agente etiológico es un bacilo lipófilo, difteroide, filamentoso y grampositivo llamado *Corynebacterium minutissimum*. Esta bacteria se considera residente habitual de la piel, en algunas poblaciones se ha aislado de regiones genitales en un 4-20%, y de regiones interdigitales de pies hasta en el 69% junto con otros microorganismos¹⁻³.

Clínicamente se caracteriza por placas marrónáceas de límites netos, con un tamaño muy variable (desde puntiformes a diámetro mayor de 10 cm), con un cierto eritema, descamación fina y maceración que afectan grandes pliegues (inguinales, axilares o submamaros) y regiones interdigitales de los pies. Suelen ser asintomáticas aunque pueden dar un prurito leve^{3,4}. Algunos factores pueden aumentar la frecuencia de esta infección^{5,6}: clima cálido, higiene deficiente, obesidad, hiperhidrosis, edad avanzada, inmunosupresión y diabetes mellitus⁷⁻⁹.

Los pacientes asintomáticos y con VDRL o RPR negativos al año pueden ser dados de alta por curación.

Todo paciente con serología positiva sin constancia de un tratamiento adecuado en el pasado debe considerarse que tiene sífilis activa.

CONCLUSIONES

Presentamos un caso de chancro sífilítico (sífilis primaria) en un paciente que consulta por una lesión ulcerosa en pene. En este tipo de lesiones lo importante es tener en cuenta las causas más frecuentes y la realización de las pruebas complementarias encaminadas al diagnóstico.

Además ha de tenerse en cuenta el manejo de las parejas sexuales y el seguimiento de este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Principios de medicina interna, Harrison 14ª ed. p.915, 916, 1172-1184.
2. Atlas en color y sinopsis de dermatología clínica, Thomas B. Fitzpatrick, 4ª ed. p.889-900.
3. Guía clínica de www.fisterra.com sobre ulcera genital.
4. Patología estructural y funcional, Robbins 6ª ed. p.384-386.

El diagnóstico se basa en la imagen clínica de la lesión asociada a una fluorescencia rojo coral muy característica con la luz de Wood, debida a una porfirina que produce el bacilo (no se debe limpiar la zona antes de la exploración con luz de Wood)⁵. En ocasiones se realiza examen directo (Gram, PAS, hidróxido de potasio, tinción de Kane,...) lo que permite visualizar gran cantidad de estos elementos bacterianos¹. El cultivo no es indispensable para el diagnóstico y no se realiza de forma habitual³.

En este caso el diagnóstico diferencial debe realizarse con:

- 1) Tiñas cutáneas. Son causadas por dermatofitos y se manifiestan clínicamente como lesiones circinadas, bien definidas, con aclaramiento central y un borde de mayor actividad, descamativo y sobreelevado^{3,10}. La aplicación inapropiada de corticoides modifica su clínica conocida como tiña incógnita que dificulta el diagnóstico (desaparece el borde sobreelevado y circinado, la descamación y la inflamación)¹¹. No presentan fluorescencia con la luz de Wood.
- 2) Dermatitis seborreica. Suele ser simétrica, crónica (en brotes) y con frecuencia presenta afectación en área ciliar, paranasal, orejas, cuero cabelludo, zonas preesternal e interescapular. Es mayor el componente eritematoso y descamativo¹¹.
- 3) Psoriasis invertida. Suele asociar lesiones típicas a otro nivel (incluido uñas, cuero cabelludo y pliegue interglúteo)¹.
- 4) Pitiriasis versicolor. Infección cuyo agente etiológico es la *Malassezia*, suele presentarse en zona superior de tronco, brazos y cuello. Raras veces afecta pliegues, pero las lesiones fluorescen con la luz de Wood, dando un color amarillo-verdoso típico¹².

- 5) Candidiasis. Se caracteriza por tener fisuración central, exudación y lesiones satélites¹.
- 6) Otros procesos intertriginosos como dermatitis atópica (muy pruriginoso, principalmente en flexura antecubital y hueco poplíteo), dermatitis de contacto (irritativa o alérgica a algún componente de los desodorantes)^{1,11},...

Es fundamental tratarlo dado que la evolución del eritrasma es crónica y sin tendencia a la remisión espontánea. La eritromicina o tetraciclina por vía oral es de elección en cuadros extensos a una dosis de 1 g por día, durante 7 días. Como alternativas se incluyen la claritromicina en dosis única, la azitromicina durante días, eritromicina, clindamicina, mupirocina, ácido fusídico o imidazólicos tópicos^{3,5}.

En conclusión, presentamos un caso típico eritrasma de distribución simétrica afectando axilas y espacios interdigitales. Es importante conocer esta infección bacteriana por su frecuencia, persistencia sin tratamiento y para evitar confundirla con tiñas a nivel interdigital o de grandes pliegues. También cabe destacar la utilidad de la lámpara de Wood (emiten luz ultravioleta A) en la mayoría de consultas de primaria, ya que es un instrumento barato y una técnica rápida y fácil de manejar que facilita el diagnóstico (y posterior curación) de entidades habituales como el eritrasma, la pitiriasis versicolor, algunas tiñas y el vitíligo^{3,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pazos C, Zarco C, García C, del Palacio A. Intertrigo inguinal. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2001;19:497-8.
2. Pigrau Serrallach C, Larrosa Escartín N. Infecciones por *Corynebacterium* spp y *Bacillus* spp. *Medicine.* 2006;9:3274-81.
3. Morales Trujillo ML, Arenas R, Arroyo S. Eritrasma interdigital: datos clínicos, epidemiológicos y microbiológicos. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:469-73.
4. Miller SD, David Bajar K. Images in clinical medicine. A brilliant case of erythrasma. *N Engl J Med.* 2004;351:1666.
5. Holdiness MR. Erythrasma and common bacterial skin infections. *Am Fam Physician.* 2003;67:254.
6. Rho NK, Kim BJ. A corynebacterial triad: prevalence of erythrasma and trichomycosis axillaris in soldiers with pitted keratolysis. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:S57-8.
7. Fernández Redondo V, Pérez Pérez L. Manifestaciones cutáneas de enfermedades endocrinológicas y metabólicas. *Formas clínicas. Criterios diagnósticos. Actitudes terapéuticas. Medicine.* 2006;9:3135-42.
8. Mahajan S, Koranne RV, Sharma SK. Cutaneous manifestation of diabetes mellitus. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2003;69:105-8.
9. Ahmed I, Goldstein B. Diabetes mellitus. *Clin Dermatol.* 2006;24:237-46.
10. Monteagudo Sánchez B, Pereiro Ferreirós M Jr, Fernández Redondo V, Torbio Pérez J. Tinea pedis causada por *Trichophyton violaceum*. *Actas Dermosifiliogr.* 2002;93:35-7.
11. Monteagudo Sánchez B, Varela Manso M, León Muiños E, Cabanillas González M, Ordóñez Barrosa P. Mujer de 54 años con placa eritematosa poco descamativa en cara. *Cad Aten Primaria.* 2008;15:173.
12. Aste N, Pau M, Aste N. Pityriasis versicolor on the groin mimicking erythrasma. *Mycoses.* 2004;47:249-51.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO DOLOR ABDOMINAL EN VARÓN DE 40 AÑOS

La policía nos informa que el paciente es detenido cuando regresa de un viaje en barco desde Marruecos. Adjuntan una orden judicial para realizar un estudio de imagen ante la sospecha de que el paciente haya ingerido droga, con el objetivo de utilizar su cuerpo como medio de transporte.

En la radiografía observamos unas estructuras homogéneas y ovaladas que ocupan todo el tracto intestinal.

Se realiza una técnica de dilatación anal manual que permite la evacuación de 50 cápsulas de aproximadamente 3 cm de largo por 2 de ancho. En su interior contenían hachís, protegido por una doble envoltura de material plástico. El paciente había ingerido un total de 200 cápsulas, lo que corresponde a un kilogramo de hachís. Para la evacuación del resto se le recetó lactulosa en sobres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz M.D, Shires M.D, Fischer J.E. Principios de cirugía. Ed. Mc Graw- Hill Interamericana 1999; 7ª Edición, Volumen II. 1374-76

2. Luburich P, Santamaría G, Tomás X, Nogué S, Pujol T et al. Ocultación gastrointestinal de drogas ilegales. *Rev Esp Enf Digest* 1991;79: 190-95
3. Nogué S, Quaglio G. L. El estómago y el intestino: unos órganos con pluriempleo. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 338-340.



FIGURA 2

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO

VARÓN DE 29 AÑOS CON DOLOR TORÁCICO

En el hospital se realizan radiografías de tórax en bipedestación donde se aprecia el colapso pulmonar en el hemitórax afecto debido a un neumotórax derecho masivo.

El diagnóstico del neumotórax se basa en el cuadro clínico y en la radiología simple de tórax. Clínicamente, el neumotórax se caracteriza por dolor torácico de características pleuríticas y disnea de instauración repentina. Menos del 10% de los casos discurre de manera asintomática. Otros síntomas, como la tos irritativa o la ortopnea, son menos frecuentes.

En la exploración clínica, destaca una hipofonesis en el hemitórax afecto, así como un aumento del timpanismo a la percusión sobre la pared torácica. No suele existir repercusión general, pero en un Neumotórax Espontáneo Primario de gran tamaño o hipertensivo puede observarse taquicardia, hipoxemia o cianosis.

En la radiología simple de tórax es característico encontrar una línea, correspondiente a la pleura visceral, que marca la interfase entre el parénquima pulmonar colapsado y el aire en la cavidad pleural. Si el neumotórax es completo o masivo, entonces el pulmón se ve reducido a un muñón perihiliar. Cuando el neumotórax es "a tensión", se observa un desplazamiento de las estructuras de la línea media hacia el hemitórax contralateral. Un neumotórax apical de pequeño tamaño puede ser difícil de detectar y a veces es necesaria una proyección en espiración forzada para la identificación de estos neumotórax pequeños. El uso de otros medios de diagnóstico, como la tomografía computerizada, se reserva para casos más complejos, como el Neumotórax Espontáneo Secundario o algunos neumotórax traumáticos.

EXPLICACIÓN FINAL

El neumotórax se define como la presencia de aire en la cavidad pleural, lo que ocasiona un colapso pulmonar y repercute en la mecánica respiratoria y hemodinámica del paciente. El neumotórax suele clasificarse según la etiología en espontáneo, iatrogénico y traumático. El neumotórax espontáneo es el que surge sin intervención de agentes externos y se subdivide en primario, que se presenta en personas sanas sin patología pulmonar, y secundario, que se origina en pacientes con patología pulmonar subyacente (EPOC, tuberculosis, neumopatía intersticial).

La incidencia anual del Neumotórax Espontáneo Primario (NEP) se estima en 18-28 varones/100.000 habitantes y 1,2-6 mujeres/100.000 habitantes. Hay una ligera mayor frecuencia de NEP derechos y menos del 10 % son bilaterales.

Las recidivas constituyen el principal problema en su evolución y se cifran entre el 25% y el 50%, sobre todo en los dos primeros años

tras el primer episodio. Tras un segundo episodio, el riesgo de recurrencia se eleva a más del 60%.

En el manejo del Neumotórax Espontáneo, el primer objetivo terapéutico es lograr la reexpansión pulmonar, lo que alivia la disnea y el dolor del paciente, y para ello hay que drenar el aire pleural.

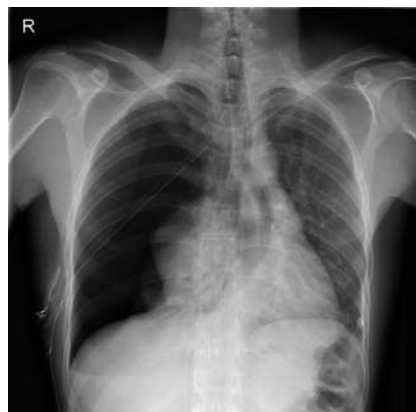


FIGURA 3

Colocación del catéter de drenaje pleural

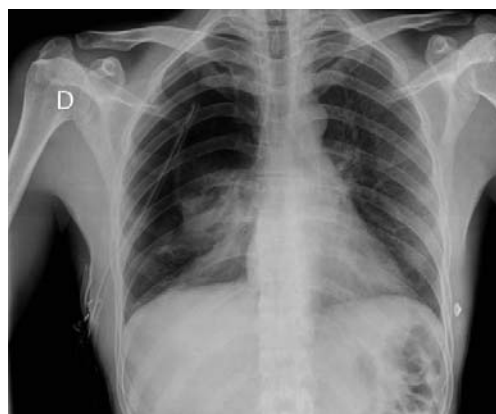


FIGURA 4

Mejoría tras colocación del catéter de drenaje pleural



FIGURA 5

Rx control al alta

El reposo y la observación son opciones terapéuticas válidas en Neumotórax Espontáneo pequeños y oligo- asintomáticos.

La aspiración del aire interpleural mediante toracocentesis puede ser una primera medida de urgencia en los neumotórax a tensión que permite estabilizar al paciente hasta un tratamiento más definitivo.

El catéter de drenaje pleural permanece como el medio más extendido de drenar la cavidad pleural, para muchos especialistas sigue siendo el método de elección. El drenaje pleural está indicado en:

- Neumotórax de cualquier tamaño en pacientes con insuficiencia respiratoria.
- Neumotórax espontáneo primario mayor de un 20% o complicado (a tensión, etc.).
- Neumotórax espontáneo secundario.
- Neumotórax traumático y neumotórax iatrogénico.
- Otras indicaciones (derrame, empiema, etc.).

El drenaje pleural está contraindicado cuando existen evidencias de adherencias pleurales densas y ante trastornos de la coagulación severos no corregidos. La colocación del drenaje pleural se realiza con anestesia local, a nivel de la línea axilar o anterior y a la altura del quinto espacio intercostal. Generalmente se emplea un catéter cuyo calibre varía desde el 8F al 32F. y la inserción debe hacerse siguien-

do el borde superior de la costilla con el objetivo de evitar dañar el paquete vículo-nervioso intercostal.

Las complicaciones del drenaje pleural incluyen la perforación de grandes órganos torácicos o abdominales. Otra complicación es la infección de la cavidad pleural tras la colocación de un drenaje pleural, se estima que la tasa de empiema tras el drenaje pleural es de aproximadamente el 1%.

La mayor parte de los Neumotórax Espontáneo Primarios se resuelven con los procedimientos citados, pero hay ocasiones en que se hace necesario un abordaje quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Freixinet J, Canalis E. Enfermedades de la pleura. Porcel JM (ed.). ediciones de la Universidad de Lérida. Lérida 2002. Capítulo 11: Neumotórax.
- Pun Yat-Wah. Neumotórax y hemotórax. Enfermedades de la pleura. Pérez E, Villena MV (eds.) Monografías. Neumomadrid, 2003.
- González Aragonese F. Neumotórax, hemotórax y quilotórax. En: Medicina Respiratoria, 2ª ed. Martín Escribano P, Ramos Seisdedos G, Sanchis Aldás J, capítulo 64. Madrid Aula Médica, 2005.
- Henry M, Arnold T, Harvey J. BTS guidelines for the management of spontaneous pneumothorax. Thorax. 2003; 58 (Suppl II): ii39-ii52.
- Tschoop JM, Rami-Porta R, Noppen M, Astoul P. Management of spontaneous pneumothorax: state of the art. Eur Respir J. 2006; 28: 637-50.