

DIAGNÓSTICO A PRIMERA VISTA

Talleres Integrados III

Alumna: Núria Mallofré

4º Medicina - 2014/2015

- Mujer de 52 años
- Tos productiva blanquecina, aumento de su disnea habitual, escalofríos, mialgias y malestar general.
- Antecedentes Personales:
 - ✓ Fumadora 5 cig/día
 - ✓ No RAM
 - ✓ EPOC de tipo enfisematoso
 - ✓ Ex-ADVP
- Exploración Física:
 - ✓ Consciente y orientada con mal estar general. Diaforesis profusa
 - ✓ Afebril, TA-164/64, FC-129lpm, SatO2 91% al 28%, 35 rpm
 - ✓ AP: disminución del murmullo vesicular, sibilantes respiratorios y espiración alargada. Taquipneica. Aumento del trabajo respiratorio
 - ✓ AC: rítmica. Sin soplos ni extratonos
 - ✓ MMSS: múltiples callos de veno-punción en ambos MMSS

- Exploraciones complementarias:

- ✓ Analítica: sin alteraciones
- ✓ Gasometría (FiO₂ 0,28): pH 7,24, pO₂ 66,3mmHg, pCO₂ 70,3mmHg, HCO₃ 29,2, Láctico 1,5
- ✓ ECG: ritmo sinusal. FC 129lpm. Sin alteraciones en la repolarización
- ✓ Radiografía Tórax

Rx Tórax al Ingreso:



En el contexto de una paciente con EPOC ya conocida en el que se produce un aumento de su disnea habitual y tos. Se diagnostica como una **Exacerbación de EPOC**

- Actitud terapéutica:
 - ✓ Salbutamol inhalado
 - ✓ Corticoides inhalados
 - ✓ 300 mg de Actocortina vía intravenosa. Ante la imposibilidad de coger una vía periférica por los múltiples callos de venopunción, se decidió colocar una vía central.
 - ✓ Ante la no mejoría se inicia perfusión continua con beta adrenérgicos i.v y ventilación mecánica no invasiva.
- Se produce un **empeoramiento clínico** de la paciente. Se realiza una radiografía de tórax

Rx Tórax tras empeoramiento clínico:

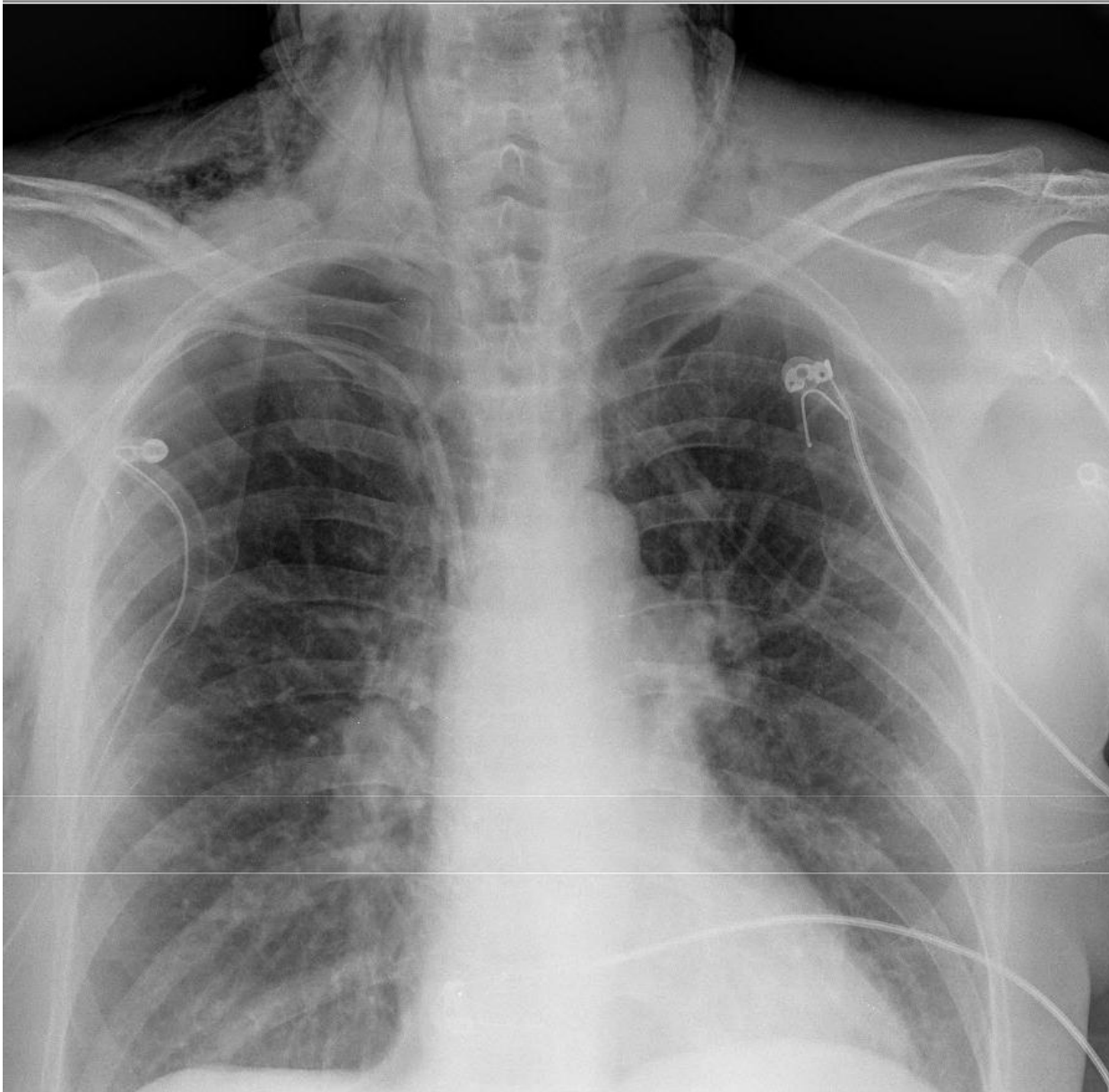


Se objetiva un **neumotórax** en pulmón derecho. Entre la pared torácica del lado derecho y la línea pleural visceral del pulmón colapsado no se observa vascularización pulmonar.

También se visualiza la vía central en vena subclavia derecha que desciende hacia vena cava superior.

Probablemente, al coger la vía central, se puncionó una bulla enfisematosa (paciente con EPOC de tipo enfisema) provocando un neumotórax iatrógeno.

Rx Tórax tras realización de procedimiento terapéutico:



Tras la colocación de un drenaje torácico se ha reexpandido el pulmón. También se observa el enfisema subcutáneo secundario al neumotórax.

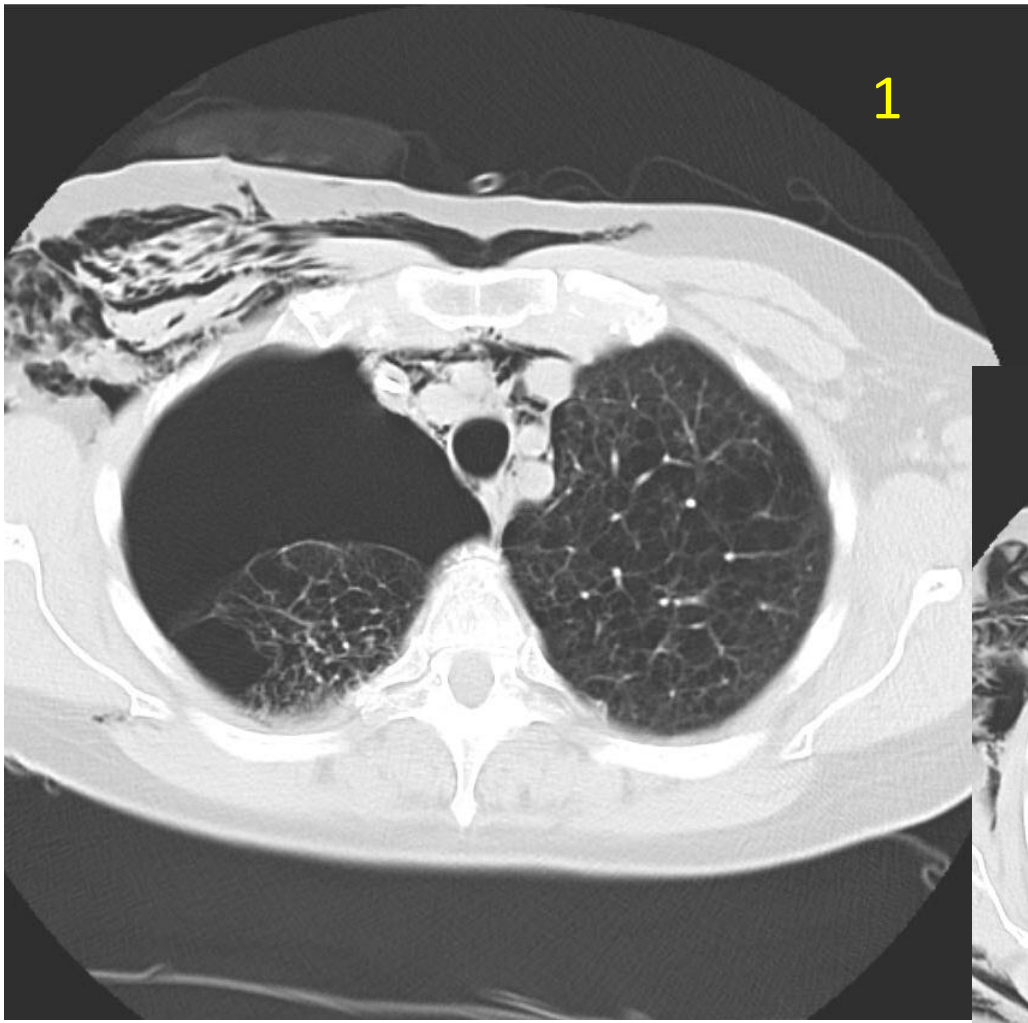
En la placa de control realizada ocho horas después del procedimiento terapéutico, se observa...



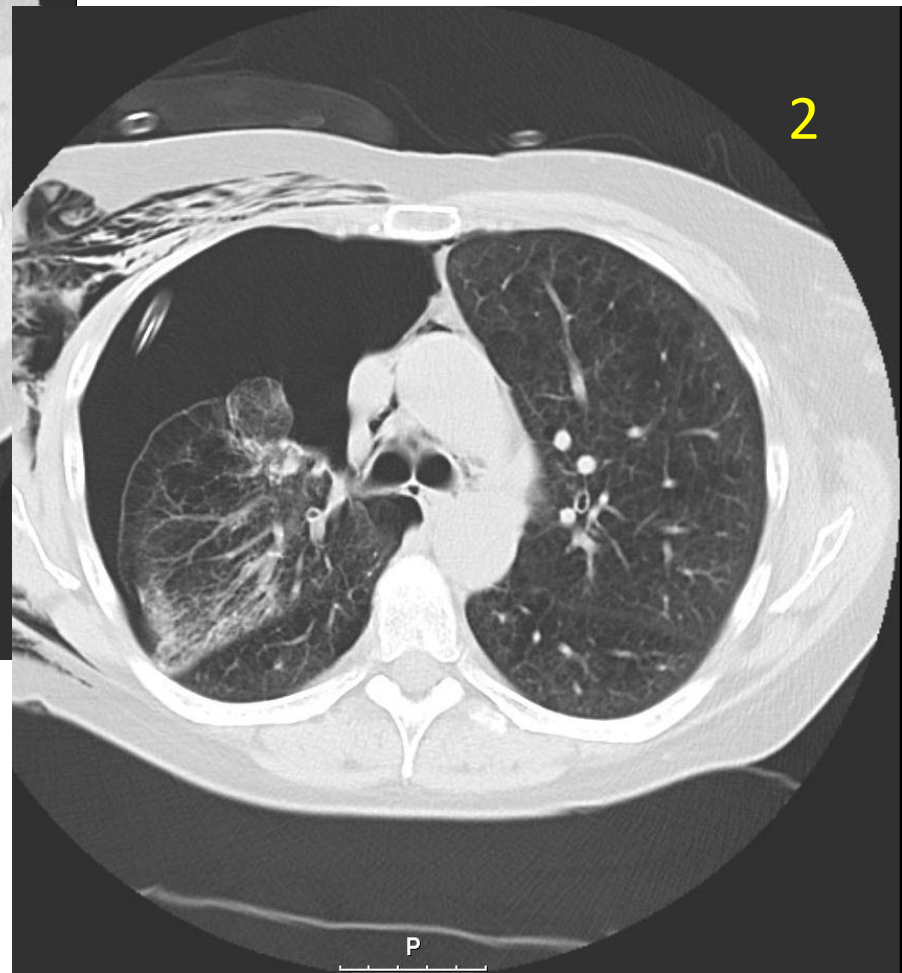
Se observa zona aireada sin trama vascular en lóbulo superior derecho sugestiva de neumotórax loculado.

Ante la mala evolución de la paciente se solicita **TC-torácico** diez horas más tarde.

1



2

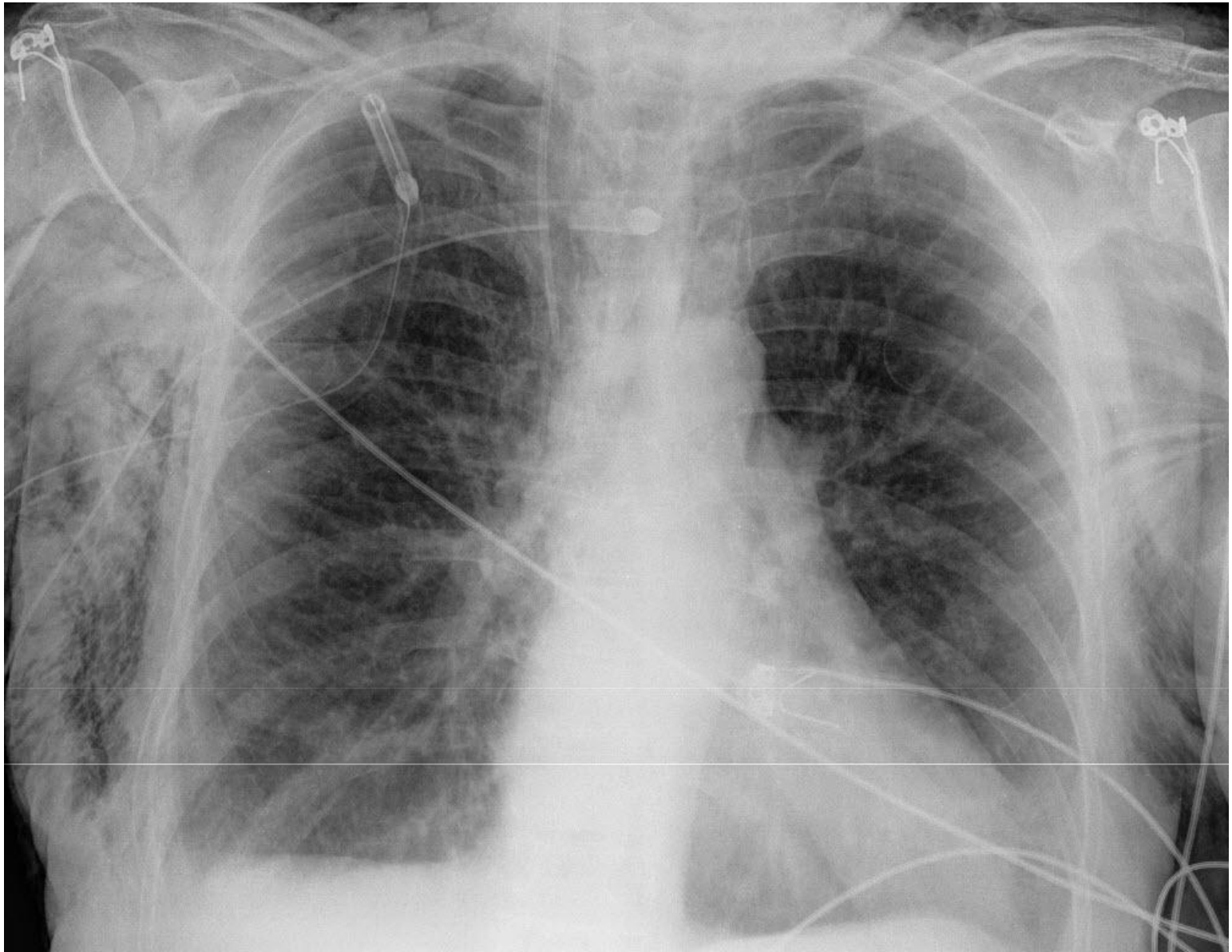


■ Se aprecia:

- ✓ Enfisema subcutáneo de predominio en hemitórax derecho.
- ✓ Gran neumotórax anterior que comprime el pulmón hacia la parte posterior del tórax. Siendo el motivo por el cual en la rx tórax PA viéramos trama vascular en prácticamente todo el pulmón derecho .
- ✓ La imagen 1 es un corte más apical y en el podemos observar una bulla
- ✓ En la imagen 2 se observa el catéter de drenaje torácico

■ Actitud terapéutica

- ✓ Se retiró catéter venoso central y la ventilación mecánica no invasiva
- ✓ Se insertaron dos tubos de drenaje torácico anterior



En la radiografía se aprecia:

- ✓ Dos drenajes torácicos
- ✓ Neumotórax aparentemente reexpandido
- ✓ Catéter venoso central por vía yugular

Clínicamente la paciente mejoró tras la implantación de los drenajes torácicos y la retirada de la ventilación mecánica que estaba perpetuando el neumotórax