

1307 - NEUMOTÓRAX

*Monge Blanco, Sara
Andrades Sardaña, Daniel
Pérez García, Esther*

INTRODUCCIÓN

El neumotórax es la presencia de aire en el espacio pleural, lo cual produce un aumento de la presión transmural y consecuentemente conduce al colapso pulmonar. La magnitud y repercusión clínica va a depender principalmente de la causa y la patología pleuropulmonar subyacente.

1. Adquiridos
 - Postraumáticos: Secundarios a un traumatismo torácico abierto o cerrado.
 - Iatrogénicos: Debidos a una complicación derivada de procedimientos o intervenciones sanitarias.
2. Espontáneos
 - Primarios:
 - Ocurre sin una causa aparente en una persona sin enfermedad pulmonar conocida.
 - Es muy común en varones jóvenes, altos, con un índice de masa corporal bajo y fumadores.
 - El hábito tabáquico es el factor de riesgo más importante.
 - Secundarios: Ocurre como complicación de patología broncopulmonar subyacente.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- El dolor torácico y la disnea son los síntomas más frecuentes presentes en un 80-90% de los casos.
- Un 10% de pacientes pueden ser asintomáticos.
- El dolor es unilateral, agudo y de características pleuríticas.
- A la exploración: disminución o abolición del murmullo vesicular del hemitórax afecto, timpanismo a la percusión y disminución de las vibraciones vocales.
- Una de las características más importantes es su tendencia a la recidiva.

CRITERIOS DE ESTABILIDAD CLÍNICA DE LA ACCP EN PACIENTES CON NEUMOTÓRAX

Frecuencia respiratoria	< 24 resp/min
Frecuencia cardíaca	60 – 120 lat/min
PAM	70-105 mmHg
SatO2 a aire ambiente	> 90%

Ausencia de disnea de reposo o al habla

DIAGNÓSTICO

Su diagnóstico es clínico y radiológico.

La radiografía de tórax es la técnica de elección para la confirmación de la sospecha diagnóstica, siendo especialmente útil las proyecciones posteroanterior y lateral en inspiración y espiración forzadas.

CLASIFICACIONES DEL NEUMOTÓRAX SEGÚN SU TAMAÑO

ACCP (American College of Chest Physicians)	Pequeño: < 3 cm de distancia entre ambas hojas pleurales en vértice Grande: > 3 cm de distancia entre ambas hojas pleurales en vértice
BTS (British Thoracic Society)	Pequeño: < 2 cm de distancia entre ambas hojas pleurales en hilio Grande: > 2 cm de distancia entre ambas hojas pleurales en hilio
SEPAR (Sociedad Española de patología respiratoria)	Parcial: separación pleural incompleta que no alcanza el hemidiafragma Completo: separación de ambas hojas pleurales en toda la cavidad Total: colapso pulmonar contra el mediastino en forma de “muñón”

* La TC tórax no está considerada prueba rutinaria en el diagnóstico de esta patología. Se reserva para casos de duda diagnóstica.

* La ecografía torácica, gasometría arterial, ECG y espirometría no son pruebas complementarias que deban realizarse sistemáticamente.

TRATAMIENTO

La necesidad de tratamiento viene determinada por el grado de afectación clínica del paciente, pues esta no guarda relación directa con su tamaño.

Los objetivos en el manejo del neumotórax son:

- Rexpansión pulmonar.
- Reducción de la morbilidad.
- Prevención de recurrencias y control sintomático.

Manejo conservador: Neumotórax menores de 3 cm de espesor, asintomáticos o con estabilidad clínica, pueden ser manejados de forma conservadora, con observación hospitalaria inicial, tratamiento basado en analgesia y oxigenoterapia a bajo flujo para favorecer su reabsorción, y en caso de resolución o estabilidad, posterior control ambulatorio al alta. Sin embargo, ante neumotórax progresivos o sintomáticos, independientemente de su tamaño, deben ser tratados inicialmente mediante drenaje pleural siempre que sea posible, a fin de evacuar el aire de la cavidad, evitando su progresión y la posible aparición de complicaciones.

El **tratamiento quirúrgico** está indicado en los siguientes casos tras estabilización inicial:

- Fuga aérea prolongada a pesar de tratamiento adecuado (> 7 días)
- Segundo episodio (ipsilateral o contralateral)
- Episodio bilateral sincrónico
- Neumotórax con hemotórax masivo asociado
- Profesiones de riesgo (pilotos, buceadores)

Existen dos situaciones especiales consideradas emergencia vitales con necesidad de evacuación inmediata del neumotórax y estabilización del paciente.

Neumotórax abierto, en el que existe una solución de continuidad de la pared torácica que pone en contacto la cavidad pleural con el espacio atmosférico, igualándose la presión entre ambos, es preciso aplicar un apósito fijado a piel por tres puntos que lleve a cabo un mecanismo valvular, permitiendo la salida del aire, pero no su entrada. Tras la estabilización inicial se planteará posteriormente la colocación de un drenaje pleural.

Neumotórax a tensión aquel cuyo abundante volumen ocasiona retracción pulmonar total y desplazamiento mediastínico contralateral que se traduce en colapso venoso, compresión cardíaca e inestabilidad hemodinámica, pudiendo evolucionar a parada cardiorrespiratoria precozmente. Su diagnóstico es fundamentalmente **clínico**, debe sospecharse ante la presencia de disnea progresiva, ingurgitación yugular, hipotensión arterial con tonos cardíacos normales, silencio auscultatorio y ausencia de transmisión de las vibraciones vocales.





BIBLIOGRAFÍA

1. García AR, Castro SG, Narváez PA. Actualización del neumotórax. Medicina [Internet]. 2022;13(68):4006–14.
2. Aguinagalde B, Aranda JL, Busca P, Martínez I, Royo I, Zabaleta J, et al. Cir Esp (Edición Inglesa) [Internet]. 2018;96(1):3–11.
3. García AR, Castro SG, Narváez PA. Actualización del neumotórax. Medicina [Internet]. 2022 [citado el 3 de julio de 2023];13(68):4006–14.
4. Redondo-Sendino Á, Gómez-Cuñarro M, Jenkins-Sánchez CP, Redondo-Sendino JI. Neumotórax asociado a COVID-19. Semergen [Internet]. 2021;47(5):e35–6´
5. Recuero Díaz JL, Milián Goicoechea H, Carmona Soto P, Gálvez Muñoz C, Bello Rodríguez I, Figueroa Almánzar S, et al. Manejo quirúrgico del neumotórax espontáneo primario. Encuesta nacional del Grupo Emergente de Cirugía Torácica de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).