

Neumotórax a tensión, causa importante de dolor torácico agudo sugestivo de isquemia

Tension pneumothorax, a major cause of acute chest pain suggestive of ischemia

Luis Miguel Morales Pérez, Ana Margarita Jerez Castro, Eliezer San Román García, Omar Remigio González Greck, Eddy Morales Solano, Irma Matos Santos

Departamento de Terapia Intensiva Cardioquirúrgica. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, La Habana, Cuba.

Correspondencia: Dr. Luis Miguel Morales Pérez. Departamento de Terapia Intensiva Cardioquirúrgica. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Calle 17 N° 702. El Vedado. 10400 La Habana. Cuba. Correo electrónico: luism.morales@infomed.sld.cu

Presentamos un paciente masculino, 32 años de edad con antecedentes de ser fumador (más de 40 cigarrillos al día), que llega al hospital y se ingresa en la unidad de cuidados intensivos cardioquirúrgicos con episodio agudo de dolor torácico opresivo retroesternal de más de 30 minutos de duración, con irradiación a cuello y región interescapular acompañado de palidez, frialdad y sudoración con elementos clínicos de colapso hemodinámico (hipotensión arterial, bradicardia, lipotimia, oliguria), sin compromiso importante de la oxigenación (saturación por pulsioximetría: 92%). Al examen físico del aparato respiratorio se constata abolición del murmullo vesicular en he-

mitórax izquierdo. Se realiza un electrocardiograma donde no se observan elementos de isquemia miocárdica aguda e inmediatamente se le realiza un estudio radiográfico de tórax. Se evidencia la presencia de un neumotórax a tensión del campo pulmonar izquierdo con una reducción de la superficie útil para el intercambio de gases de un 95% del parénquima (Figura 1). Se decide trasladar de emergencia al quirófano donde se realiza una pleurotomía alta lográndose expandir totalmente el parénquima pulmonar comprometido (Figura 2) mejorando de forma inmediata su sintomatología cardiorrespiratoria.



Figura 1. Radiografía de tórax PA. Hemitórax izquierdo donde se evidencia colapso del 95% del parénquima pulmonar.

Recibido: 3 de noviembre del 2011.

Aceptado: 18 de noviembre del 2011.



Figura 2. Radiografía de tórax PA. Evidencia de reexpansión del pulmón izquierdo posterior a la pleurotomía.