

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO: IMPORTANCIA DE UN EXAMEN FÍSICO COMPLETO.

PRIMARY SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX: IMPORTANCE OF COMPLETE PHYSICAL EXAMINATION.

Luis Cid¹, Sebastián Arriagada².

¹Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

²Médico-Cirujano, CESFAM Dr. Salvador Allende G., Huechuraba, Chile.

RESUMEN

Introducción: Un neumotórax espontáneo se define como un neumotórax que ocurre sin un evento precipitante y sin una causa previamente reconocida. La sintomatología más frecuente es dolor torácico con o sin disnea.

Caso Clínico: Hombre de 23 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos conocidos, estudiante de medicina de quinto año, presentó dolor torácico de carácter sordo, intensidad leve, inicio insidioso, en región torácica posterior izquierda, asociado a disnea de esfuerzos de moderada intensidad. Al auto examen físico se encontró disminución de la expansión torácica, hipersonoridad a la percusión, ausencia de vibraciones vocales y ausencia de murmullo pulmonar en hemitórax izquierdo. Se sospechó neumotórax espontáneo primario por características del paciente y hallazgos al examen físico. El paciente fue evaluado en dos oportunidades por médicos, quienes no plantearon el diagnóstico de neumotórax. La radiografía de tórax mostró imagen sugerente de neumotórax en hemitórax izquierdo. Tomografía computada de tórax sin contraste mostró imagen sugerente de bulas sub-pleurales. Se realizó pleurodesis por videotoracoscopia utilizando talco. Presentó evolución en buenas condiciones con reducción progresiva del neumotórax.

Discusión: El examen físico es parte fundamental de la evaluación de un paciente. No se debe desestimar el “auto etiquetado” como estrategia diagnóstica. Si bien existe auto-sugestión descrita en estudiantes de medicina, no se debe subestimar su capacidad de detectar anormalidades.

PALABRAS CLAVE: *neumotórax; pleurodesis; cirugía de tórax video asistida.*

ABSTRACT

Introduction: Spontaneous pneumothorax is defined as a pneumothorax that occurs without a precipitating event and without a previously recognized cause. The most common symptom is chest pain with or without dyspnea.

Clinical Case: 23 year old man, without known medical or surgical history, who is a fifth year medical student, had mild dull chest pain, with insidious onset, in left posterior thoracic region, associated with moderate effort dyspnea. Self-physical examination highlights decreased chest expansion, hyperresonance percussion, absence of vocal vibrations and absence of pulmonary murmur in the left hemithorax. He suspected primary spontaneous pneumothorax because of his own characteristics and physical examination findings. He was evaluated twice by medical doctors who did not pose pneumothorax diagnosis. Chest X-ray was suggestive of pneumothorax in the left hemithorax. Chest computed tomography scan without contrast showed suggestive image of sub-pleural bullae. Pleurodesis through videothoracoscopy was performed using talc. The patient evolved in good conditions with progressive reduction of pneumothorax.

Discussion: Physical examination is an essential part of a patient's evaluation. One should not dismiss the self-labeling as a diagnostic strategy. Although autosuggestion has been described in medical students, one should not underestimate

their ability to detect abnormalities.

KEYWORDS: *pneumothorax; pleurodesis; thoracic surgery video-assisted.*

INTRODUCCIÓN

Un neumotórax espontáneo es definido como un neumotórax que ocurre sin un evento precipitante en pacientes sin una patología pulmonar previamente reconocida⁽¹⁾. En la mayoría de los casos, la causa es la ruptura de una bula sub-pleural⁽²⁾.

Su incidencia es variable, llegando hasta 37 casos por cada 100.000 habitantes por año en Reino Unido, siendo considerablemente menos frecuente en mujeres que en hombres. Presenta una recurrencia de hasta el 54%⁽³⁾.

El factor de riesgo más importante es el hábito tabáquico, con una importante relación dosis respuesta⁽¹⁾. Otros factores de riesgo relevantes corresponden a fumar marihuana⁽⁴⁾, altura del paciente e índice de masa corporal bajo⁽¹⁾.

A continuación, se presenta un caso clínico de neumotórax espontáneo, que tiene la particularidad de haber ocurrido en un estudiante de medicina, en el contexto clínico clásicamente descrito y con un retraso en la sospecha diagnóstica, que invita a revisar la semiología asociada al cuadro clínico descrito.

CASO CLÍNICO

Hombre de 23 años, índice de masa corporal de 22.4kg/m², no fumador, estudiante de medicina de quinto año sin antecedentes médicos o quirúrgicos conocidos, refirió que mientras se encontraba sentado estudiando, comenzó dolor sordo, de intensidad leve en región torácica posterior izquierda, que se exacerba al caminar y con el decúbito lateral izquierdo. Al día siguiente notó disnea de esfuerzos de mediana intensidad (caminar rápido).

Dada la persistencia del cuadro descrito, se auto examinó el tórax, encontrando disminución de la expansión torácica, timpanismo a la percusión, ausencia de vibraciones vocales y ausencia de murmullo pulmonar en hemitórax izquierdo. Sospechó neumotórax espontáneo primario por el tipo de

paciente (hombre joven, delgado y alto) y los hallazgos al examen físico. Consultó con un médico general, quien luego de realizar un examen torácico parcial (omitiendo palpación y percusión), diagnosticó costocondritis e indica anti-inflamatorios no esteroideos y control con radiografía de tórax.

Debido a su desacuerdo con el diagnóstico, el paciente consulta con médico especialista en medicina interna. Luego de una anamnesis y examen físico completos en que se omitieron palpación y percusión torácicas, se diagnosticó neumonía viral. Se controló con radiografía de tórax en proyecciones frontal y lateral.

Se realizó una radiografía de tórax que mostró un neumotórax en hemitórax izquierdo con aproximadamente 3 centímetros desde pared torácica a pleura visceral (**Figura 1**).

Consultó en un centro hospitalario y al examen físico destacó taquicardia, junto a los hallazgos del examen físico torácico mencionados en primera instancia. Se decidió ingreso, instalación de drenaje pleural, y realización de una tomografía computada de tórax sin contraste en busca de bulas sub-pleurales.

Debido al hallazgo de bulas sub-pleurales se decidió realizar pleurodesis por videotoracoscopia utilizando talco. El primer día post-cirugía presentó febrícula sin otros incidentes de importancia. Se decidió alta con un control radiológico en 7 días, en el cual se encontró reducción significativa del volumen del neumotórax.

DISCUSIÓN

La presentación clínica de un neumotórax espontáneo primario consiste en la aparición súbita de dolor torácico, con o sin disnea. En algunos casos puede asociarse dolor en el hombro. Comúnmente los síntomas son mínimos y por lo general mejoran posterior a su aparición⁽¹⁾. Al examen físico se encuentra reducción de la expansión pulmonar, hipersonoridad a la percusión, disminución o desaparición del murmullo pulmonar⁽¹⁾ y disminución de las vibraciones

vocales en el mismo lado del neumotórax⁽⁵⁾.

A pesar de la incertidumbre diagnóstica de los elementos del examen físico respiratorio, importante variabilidad inter-observador, cuestionamientos metodológicos a los trabajos que evalúan su rendimiento diagnóstico y su baja sensibilidad en general, resulta relevante considerar su utilidad como parte de la exploración de una hipótesis diagnóstica dado que su especificidad como prueba diagnóstica en general es considerable⁽⁶⁾, esto quiere decir que no sería adecuado su uso como prueba de tamizaje, pero en un contexto clínico sugerente de neumotórax, con una probabilidad previa razonable de tener esta condición, el examen físico pulmonar podría aumentar aún más la probabilidad estimada. La confirmación diagnóstica en la mayoría de los casos se realiza con radiografía de tórax en inspiración, donde el hallazgo característico es la visualización de una separación entre la pleura y la pared torácica, de aspecto radiolúcido⁽⁷⁾.

El proceso diagnóstico es un fenómeno complejo. Se puede dividir tres grandes etapas: formulación de hipótesis diagnósticas, refinamiento de las hipótesis diagnósticas y definición del diagnóstico final. Una de las estrategias en la primera etapa corresponde al auto-etiquetado (del inglés *self-labeling*)⁽⁸⁾. Consiste en que el paciente dice cuál es el diagnóstico que cree tener. Suele basarse en experiencias previas, ya sean personales o de personas conocidas. Su utilidad es variable. Un estudio demostró que el 84% de las pacientes logró diagnosticar que portaba una infección urinaria confirmada posteriormente con urocultivo⁽⁹⁾. En este caso clínico resulta interesante la aproximación diagnóstica que plantea el paciente dada su condición de estudiante de medicina, donde probablemente su auto-etiquetado podría haber sido de una mayor precisión diagnóstica si se compara con otro tipo de paciente.

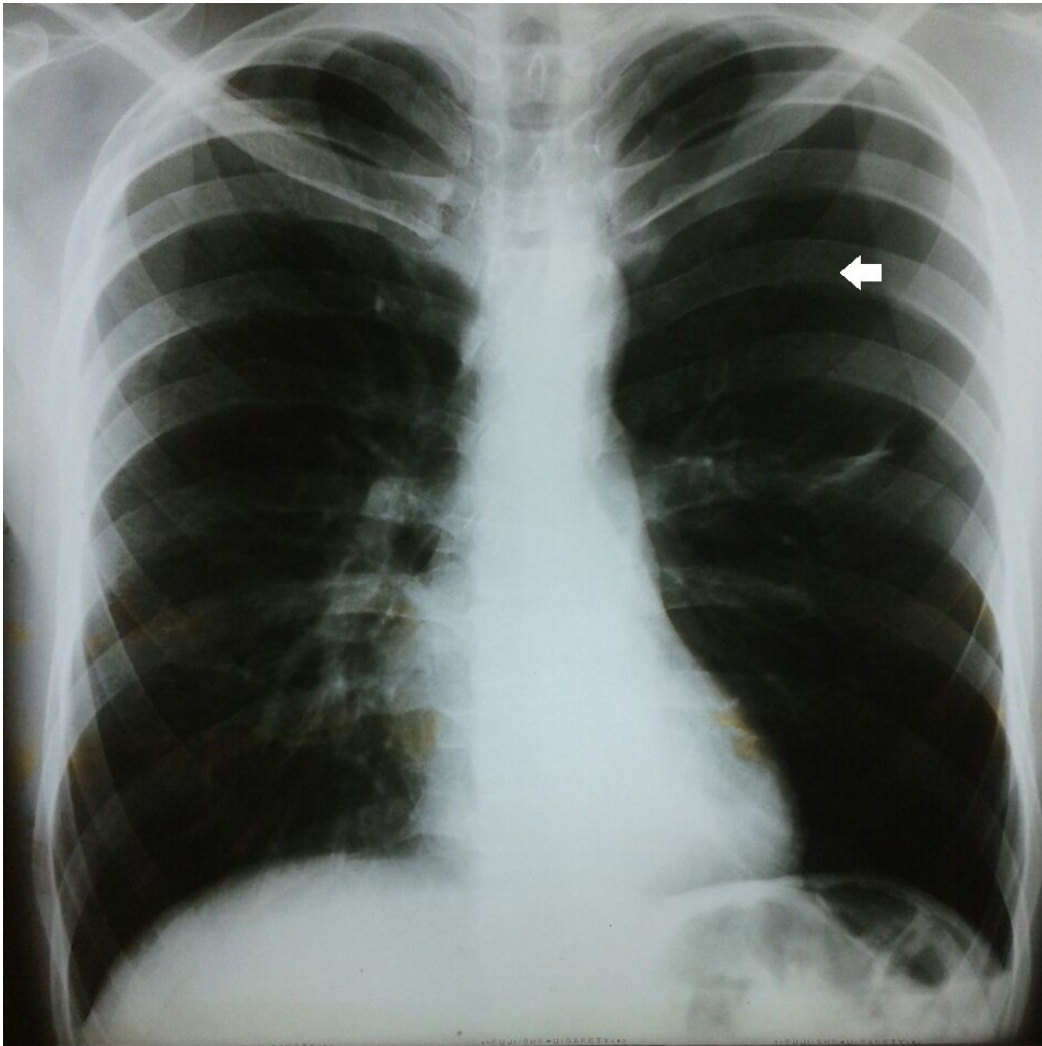
El “síndrome del estudiante de medicina” es un término coloquial usado para referirse al supuesto fenómeno en que los estudiantes de medicina desarrollan síntomas de enfermedades que están estudiando⁽¹⁰⁾. Se especula que debe a la combinación de estrés y conocimiento nuevo que a la larga conlleva a la modificación de las percepciones del estudiante facilitando la sugestión⁽¹⁰⁾. Pese a que faltan estudios que apoyen la existencia de este síndrome, la creencia en el patrón de comportamiento asociado al

síndrome, puede llevar a errores diagnósticos al favorecer la ejecución de una evaluación superficial del motivo de consulta de estos pacientes, situación que podría haber influido en el caso clínico descrito⁽¹⁰⁾.

En cuanto al manejo del caso descrito, destaca la realización de pleurodesis por videotoracoscopia en el primer episodio de neumotórax espontáneo primario. El manejo fue propuesto por el cirujano y aceptado por el paciente, dado el riesgo de recurrencia de cuadro. Sin embargo, en general las indicaciones de manejo definitivo son: segundo episodio de neumotórax espontáneo primario, pérdida de aire persistente (más de 3 a 5 días), hemo-neumotórax, neumotórax bilateral y profesiones de alto riesgo (pilotos de avión o buzos)⁽¹⁾.

El caso reportado no solo resalta la importancia del examen físico, sino que también nos recuerda aquellos casos en que el paciente puede tener la razón. Consideramos además que a pesar de la auto-sugestión que podrían tener algunos estudiantes de medicina, no se debe subestimar su capacidad de detectar anormalidades. Finalmente, no está de más recordar lo dicho por William Osler: “Escucha a tu paciente, te está diciendo el diagnóstico”.

Figura 1. Primera radiografía de tórax en proyección anteroposterior tomada durante evolución del caso clínico descrito. Flecha blanca señala límite de pleura visceral.



Correspondencia

Luis Marcos Cid Barría.
luis.cidbarria@gmail.com

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este trabajo.

Información sobre el artículo

Recibido el 15 de noviembre de 2016.

Aceptado el 27 de noviembre de 2016.

Publicado el 20 de diciembre de 2016.

Este trabajo fue realizado con el debido consentimiento informado del paciente.

Referencias

1. Tschopp J-M, Bintcliffe O, Astoul P, Canalis E, Driesen P, Janssen J, Krasnik M, Maskell N, Van Schil P, Tonia T, Waller DA, Marquette CH, Cardillo G. ERS task force statement: diagnosis and treatment of primary spontaneous pneumothorax. *European Respiratory Journal*. 2015;46(2):321-35.
2. Lyra RdM. Etiology of primary spontaneous pneumothorax. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2016;42:222-6.
3. Sadikot RT, Greene T, Meadows K, Arnold AG. Recurrence of primary spontaneous pneumothorax. *Thorax*. 1997;52(9):805-9.
4. Martinasek M, McGrogan J, Maysonet A. A Systematic Review of the Respiratory Effects of Inhalational Marijuana. *Respiratory Care*. 2016;61(11):1543-1551.
5. MacDuff A, Arnold A, Harvey J. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax*. 2010;65(Suppl 2):ii18-ii31.
6. Benbassat J, Baumal R. Narrative Review: Should Teaching of the Respiratory Physical Examination Be Restricted Only to Signs with Proven Reliability and Validity? *Journal of General Internal Medicine*. 2010;25(8):865-72.
7. Bintcliffe O, Maskell N. Spontaneous pneumothorax. *BMJ*. 2014; 348:g2928.
8. Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D, Scott C, Perera R. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ*. 2009;338:b946.
9. Gupta K, Hooton TM, Roberts PL, Stamm WE. Patient-Initiated Treatment of Uncomplicated Recurrent Urinary Tract Infections in Young Women. *Annals of Internal Medicine*. 2001;135(1):9-16.
10. Waterman LZ, Weinman JA. Medical student syndrome: fact or fiction? A cross-sectional study. *JRSM Open*. 2014;5(2).