



Capítulo 26

NEUMOTÓRAX

A. Mira Vázquez

CONCEPTO

Es la presencia de aire en el interior del espacio pleural que despegar la pleura parietal y visceral provocando un colapso pulmonar de grado variable. Esto produce una disminución en la capacidad ventilatoria cuya repercusión clínica está en relación con la reserva ventilatoria del sujeto y con el grado de colapso pulmonar.

CLASIFICACIÓN

- ▲ **YATROGÉNICO:** causado por maniobras diagnósticas o terapéuticas sobre el tórax, por ejemplo, canalización vía subclavia, broncoscopia, etc.
- ▲ **TRAUMÁTICO:** puede ser tras traumatismos abiertos o cerrados. Lo más habitual es que se produzca por lesiones pulmonares, de la vía aérea o de la pared costal. Con frecuencia se acompaña de hemorragia (hemoneumotórax).
- ▲ **ESPONTÁNEO:** es el que aparece en ausencia de los factores etiológicos expuestos. Es el más frecuente. Diferenciaremos dos tipos:
 - **Primario, idiopático o juvenil:** se produce en pacientes sin enfermedad pulmonar subyacente. Es más frecuente entre 20 y 40 años y en el sexo masculino. La causa suele ser la rotura de bullas subpleurales generalmente apicales.
 - **Secundario:** hay una base lesional pulmonar, por ejemplo: EPOC, enfisema, TBC, asma bronquial, etc. Supone un 20% de los neumotórax (NMT) espontáneos y se suele producir en pacientes de edad avanzada.

CLÍNICA

- ▲ El NMT produce dolor agudo de características pleuríticas en el hemitórax afecto, a veces acompañado de manifestaciones vegetativas y con un grado variable de insuficiencia respiratoria.
- ▲ El NMT espontáneo primario cursa en el 96% de los pacientes con dolor pleurítico y en el 80% con disnea. Es característico que estos síntomas remitan poco a poco, incluso pueden desaparecer aunque persista el NMT. El hallazgo físico más frecuente es la taquicardia sinusal. Un NMT importante en un paciente joven puede no tener mucha repercusión clínica.
- ▲ El NMT espontáneo secundario generalmente produce alteración importante de la función respiratoria por la enfermedad pulmonar subyacente, aunque el NMT sea pequeño. El síntoma más llamativo es la disnea y no suele remitir espontáneamente.

DIAGNÓSTICO

- ▲ A la **exploración** objetivamos disminución de la movilidad del hemitórax ipsilateral, hiperinsuflación, timpanismo a la percusión y disminución del murmullo vesicular. Los NMT pequeños pueden no descubrirse a la exploración.
- ▲ Para confirmar el diagnóstico debe practicarse **Rx de tórax PA y lateral en inspiración y espiración forzadas**.
- ▲ Si no pudiese ponerse al paciente en posición erecta se realizará Rx en decúbito lateral sobre el lado sano (con esto aumentamos la distancia entre las pleuras parietal y visceral del lado afecto).

- ▲ En los NMT espontáneos secundarios pueden existir adherencias pleurales que hagan que se colapse un solo lóbulo pulmonar o provocar loculaciones aéreas en zonas atípicas, lo que puede dificultar enormemente el diagnóstico radiológico.
- ▲ A veces se objetiva neumomediastino asociado que generalmente no tiene consecuencias clínicas.
- ▲ Diagnóstico diferencial: quistes broncogénicos, bullas en paciente enfisematoso, enfisema lobar congénito, hernia diafragmática con vólvulo gástrico. En estas ocasiones debemos actuar con extremada cautela ya que el tratamiento de estas lesiones es diferente.

TRATAMIENTO

Reposo: en NMT primarios, cuando su tamaño no supere el 20% del campo pulmonar, el paciente esté asintomático y no haya tenido episodios anteriores. El paciente debería ser vigilado en régimen de ingreso hospitalario. La oxigenoterapia acelera la resolución.

- ▲ Si el NMT persiste cinco días o progresa radiológicamente, se debe colocar drenaje pleural.
- ▲ En los NMT secundarios el reposo no es aconsejable.

Drenaje pleural: Está indicado en todos los NMT primarios, salvo en los descritos en el apartado anterior y en todos los NMT secundarios.

La colocación del *drenaje torácico* se practica con anestesia local a través del 2º espacio intercostal en la línea clavicular media o a través del 5º espacio intercostal en la línea axilar anterior. Inmediatamente se pone el drenaje bajo agua y se conecta a un sistema de aspiración suave con presión negativa entre 30 y 50 cm de agua. Recientemente se prefieren para el tratamiento del NMT catéteres de pequeño calibre de 8 F, que se conectan a un sistema de drenaje convencional.

- ▲ **TÉCNICA DE COLOCACIÓN:** paciente en decúbito supino, semiincorporado. Se prepara la piel con una solución antiséptica. Infiltración con anestesia local, con aguja intramuscular, de piel, subcutáneo, músculo y periostio. Profundizar por encima de la costilla, aspirando al infiltrar hasta observar salida de aire, lo que indica que estamos en cavidad pleural. Retirando la aguja 2 mm. infiltraremos la pleura parietal. Incisión cutánea de 2 cm. Disección roma de los músculos intercostales, siempre por encima del borde superior de la costilla para evitar lesión de los vasos intercostales. Se profundiza hasta llegar a la cavidad pleural. Colocación del drenaje torácico dirigido en sentido apical y clampado con una pinza de Kocher hasta conectarlo al sistema aspirativo. Fijación del drenaje a la piel con puntos de seda.

En el caso del NMT traumático se prefieren los drenajes de grueso calibre por la alta frecuencia de hemotórax asociado.

Tratamiento definitivo:

Actualmente el tratamiento de elección para el NMT espontáneo es la cirugía toroscópica para resección de bullas. La pleurodesis química se puede utilizar en casos de NMT en pacientes diagnosticados de EPOC, con alto riesgo para la cirugía.

SITUACIONES DE INTERÉS CLÍNICO: NMT A TENSIÓN

Se debe a la presencia de un mecanismo valvular que permite la entrada de aire en la cavidad pleural y no su salida; ésto produce un colapso pulmonar total con des-



plazamiento mediastínico contralateral y descenso del diafragma homolateral. Clínicamente hay que sospecharlo ante pacientes taquicárdicos, cianóticos, con hipotensión o aumento de PVC e ingurgitación yugular.

Constituye una urgencia vital, requiriendo la descompresión inmediata de la cavidad pleural con un drenaje torácico. En caso de extrema gravedad se puede colocar un catéter venoso en el 2º espacio intercostal, línea medioclavicular, para convertir el NMT cerrado en abierto, mientras se coloca el drenaje torácico.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Muguruza Trueba I, De Olaiz Navarro B. Urgencias en Cirugía torácica. Lobo Martínez E. Manual de Urgencias Quirúrgicas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Editorial IM&C: Madrid: 2000. p. 231-242.
- ▲ Loscertales J., Jiménez Merchán R., Ayarra Jarne F.J., García Díaz F., Arenas Linares C., Giron Arjona J.C. et al. Nuestra experiencia en el tratamiento del neumotórax espontáneo por videotoroscopia. Cirugía Española 1995; 57: 526-529.
- ▲ Thomas M. Daniel, John A. Kern, Curtis G. Tribble, Irving L. Kron, William B. Spotnitz, Bradley M. Rodgers et al. Thoracoscopic Surgery for Diseases of the Lung and Pleura. Ann. Surg. 1993; 217: 566-575.