

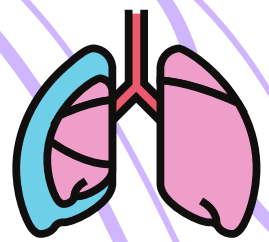
Neumotórax

Presencia de aire en el espacio pleural, asociado a colapso pulmonar parcial o completo.



CLASIFICACIÓN

- Espontáneo**
 - Primario: sin patología pulmonar previa
 - Secundario: patología pulmonar previa
- Adquirido**
 - Iatrogénico: CVC, barotrauma, post-procedimiento
 - Traumático
 - Cerrado o contuso
 - Penetrante o abierto



CUADRO CLÍNICO

- Dolor pleurítico
- Tos irritativa
- Disnea

EXPLORACIÓN FÍSICA

(HALLAZGOS EN EL LADO AFECTADO)



INSPECCIÓN:
↓ Movilidad
Enfisema subcutáneo



PALPACIÓN:
↓ Ampliación
↓ Frémito



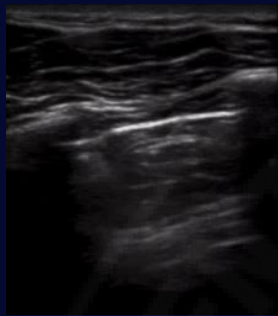
PERCUSIÓN:
Hiperresonancia
o timpánico



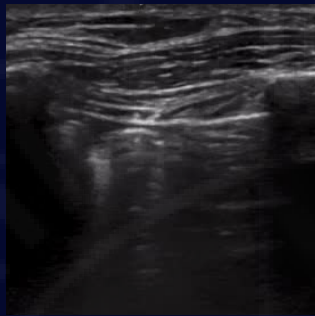
AUSCULTACIÓN:
Ruidos respiratorios
↓ o abolidos

ULTRASONIDO

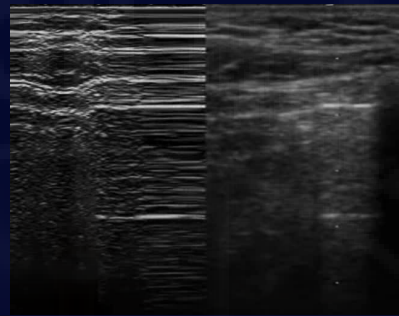
La presencia de líneas B y/o pulso pulmonar descartan el diagnóstico de neumotórax



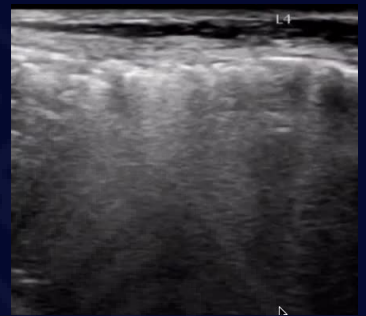
Patrón A': Ausencia de sliding + Líneas A



Signo del punto pulmonar



Signo del código de barras o de la estratósfera

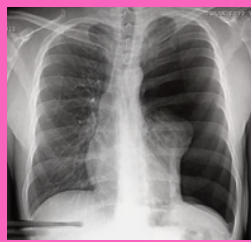
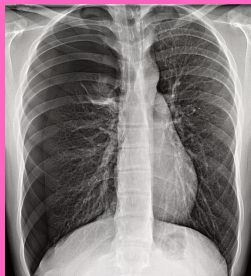


Líneas E: Enfisema subcutáneo

RADIOGRAFÍA

Hallazgos radiográficos:

- Línea pleural visceral convexa paralela al contorno de la caja torácica.
- Ausencia de trama pulmonar en periferia: radiolucidez periférica.
- Signo del seno profundo.
- Enfisema subcutáneo.
- Neumotórax a tensión:** desplazamiento de mediastino contralateral al neumotórax, inversión del hemidiafragma.



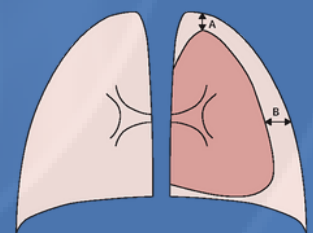
TAMAÑO

ACCP: distancia ápice a cúpula (A)

- Pequeño: <3 cm
- Grande: >3 cm

BTS: distancia interpleural a nivel de hilio pulmonar (B)

- Pequeño: <2 cm
- Grande: >2 cm



TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

- "Gold standart": neumotórax pequeños.
- Verificación de SIP.
- Descartar patologías pulmonares.
- Determinar tamaño.



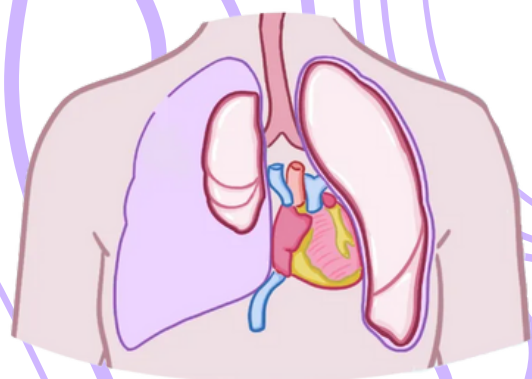
CRITERIOS DE ESTABILIDAD

ACCP:

- FR <24 rpm
- Fc 60-120 lpm
- TA normal
- SaO2 >90%

BTS:

- Ausencia de disnea



NEUMOTÓRAX A TENSIÓN

- EMERGENCIA MÉDICA → Choque obstructivo.
- Mecanismo de válvula unidireccional.
- Datos de inestabilidad: insuficiencia respiratoria, taquicardia, hipotensión, pulso paradójico.
- Dx diferencial con tamponade: ausencia de ruidos respiratorios e hiperresonancia.

¡EVITAR utilizar presión positiva a la vía aérea en pacientes con neumotórax!
¡Siempre descomprimir el neumotórax antes de trasladar!

MANEJO

- Medidas generales:** oxígeno suplementario, analgesia.
- Asintomático:** manejo expectante.
- Espontáneo:** aspiración 16-18 Fr si bilateral, disnea, datos de inestabilidad.
- Traumatismo:** colocación SIP 28-32 Fr en 4° ó 5° EIC LMA.
- A tensión:** descompresión con aguja: 14-16 Fr. Adultos: 4° ó 5° EIC LMA, Pediátricos: 2° EIC LMC.
- Abierto:** parches oclusivo de 3 lados + resolución de la herida.
- SIP:** tamaño >2 cm, VPP, neumotórax a tensión descomprimido, recurrencia.
- Quirúrgico:** persistente fuga de aire o falla a la reexpansión 3-5 días.

ACCP: American College of Chest Physicians, BTS: British Thoracic Society, CVC: catéter venoso central, EIC: espacio intercostal, LMA: línea media axilar, LMC: línea media claviclar, SIP: sonda intrapleural, VPP: ventilación por presión positiva.

Elaborado por: Eder Zamarrón, Karla Muñiz, David Rojas.

BTS Pleural Disease Guideline 2010. Thorax. Vol 65 Supplement II. Pages ii1-ii76. www.thorax.bmj.com
Management of Spontaneous Pneumothorax. Baumann, Michael H. et al. CHEST, Volume 119, Issue 2, 590 - 602
2018. ATLS - Advanced trauma life support. Chicago, Ill.: American College of Surgeons, Committee on Trauma.