

LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, Asunción, Paraguay

ISSN en línea: 2789-3855, 2026

Abordaje clínico y terapéutico del neumotórax espontáneo: Una revisión narrativa

Clinical and therapeutic approach to spontaneous pneumothorax: a narrative review

Bernardo Peralta López

beperalta22@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-7918-0760>

Investigador independiente

San José – Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5750>

Artículo recibido: 18 de diciembre de 2025.
Aceptado para publicación: 24 de abril de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.


Redilat
Red de Investigadores Latinoamericanos


LATAM

Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades

VOLUMEN VII

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5750>

Abordaje clínico y terapéutico del neumotórax espontáneo: Una revisión narrativa

Clinical and therapeutic approach to spontaneous pneumothorax: a
narrative review

Bernardo Peralta López

beperalta22@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-7918-0760>

Investigador independiente

San José – Costa Rica

Artículo recibido: 18 de diciembre de 2025. Aceptado para publicación: 24 de abril de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

El neumotórax espontáneo constituye una entidad clínica frecuente que presenta variabilidad clínica, desde casos asintomáticos hasta cuadros con compromiso respiratorio y hemodinámico graves. Durante los últimos años, se han discutido cambios en el manejo en cuanto a la decisión de optar por una terapia conservadora, realizar una intervención invasiva o un abordaje quirúrgico, reflejando una amplia variedad en las recomendaciones actuales. El objetivo del presente artículo es sintetizar la evidencia actual sobre el manejo clínico y quirúrgico del neumotórax espontáneo, a partir de guías internacionales y estudios recientes, con el fin de proporcionar una actualización práctica orientada al abordaje clínico. En este contexto, se realizó una revisión narrativa de la literatura, mediante la revisión de bases de datos biomédicas, guías de práctica clínica y revisiones recientes, con enfoque en el manejo clínico y quirúrgico del neumotórax espontáneo. De acuerdo con los hallazgos, se enfatiza la necesidad de un manejo individualizado priorizando la estabilidad clínica del paciente y la gravedad de sus síntomas, desestimando el tamaño radiológico como criterio inicial de intervención para el neumotórax espontáneo primario. En contraste, el neumotórax espontáneo secundario se asocia con mayor morbimortalidad, en consecuencia, frecuentemente requiere intervenciones definitivas. La cirugía toracoscópica asistida por video con pleurodesis corresponde al estándar para prevenir recurrencias. En conclusión, el manejo del neumotórax espontáneo debe apoyarse en la integración de la evidencia actual, el contexto clínico y la estratificación de riesgo del paciente.


Palabras clave: neumotórax espontáneo, neumotórax primario, neumotórax secundario, pleurodesis, cirugía toracoscópica asistida por video

Abstract

Spontaneous pneumothorax is a common clinical entity with a variable presentation, ranging from asymptomatic cases to severe conditions with respiratory and hemodynamic compromise. In recent years, changes in management strategies have been discussed, particularly regarding the decision to pursue conservative therapy, perform an invasive intervention, or adopt a surgical approach, reflecting considerable variability in current recommendations. The aim of this article is to synthesize the current evidence on the clinical and surgical management of spontaneous pneumothorax, based on international guidelines and recent studies, in order to provide a practical update oriented toward clinical decision-making. In this context, a narrative review of the literature was conducted through the analysis of biomedical databases, clinical practice guidelines, and recent reviews, focusing on the

clinical and surgical management of spontaneous pneumothorax. According to the findings, there is an emphasis on the need for individualized management, prioritizing the patient's clinical stability and symptom severity, while de-emphasizing radiological size as an initial criterion for intervention in primary spontaneous pneumothorax. In contrast, secondary spontaneous pneumothorax is associated with higher morbidity and mortality and therefore often requires definitive interventions. Video-assisted thoracoscopic surgery with pleurodesis represents the standard approach for preventing recurrence. In conclusion, the management of spontaneous pneumothorax should be based on the integration of current evidence, the clinical context, and patient risk stratification.

Keywords: spontaneous pneumothorax, primary pneumothorax, secondary pneumothorax, pleurodesis, video-assisted thoracoscopic surgery

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Peralta López, B. (2026). Abordaje clínico y terapéutico del neumotórax espontáneo: Una revisión narrativa. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (2), 1685 – 1694. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5750>

INTRODUCCIÓN

Se define el neumotórax como la presencia de aire en la cavidad pleural, lo que conlleva una alteración de la presión intrapleural y produce colapso pulmonar de magnitud variable. Cuando ocurre en ausencia de traumatismo o de causa iatrogénica, se denomina neumotórax espontáneo. Este se clasifica en primario cuando aparece en pacientes sin enfermedad pulmonar subyacente clínicamente evidente, y en secundario cuando se asocia a una patología pulmonar subyacente (Le Guen et al., 2021; Hallifax, 2022). Esta diferenciación es relevante, ya que tiene implicaciones terapéuticas y pronósticas.

El neumotórax espontáneo constituye una entidad clínica frecuente en la práctica médica, particularmente en los servicios de urgencias y hospitalización, cuya presentación puede variar desde formas asintomáticas hasta cuadros con compromiso respiratorio significativo. En este contexto, resulta fundamental una evaluación clínica oportuna que permita orientar una toma de decisiones estructurada (Le Guen et al., 2021). Además, presenta una tasa considerable de recurrencia, especialmente en determinados subgrupos de pacientes, lo que incrementa su carga clínica y condiciona las estrategias de seguimiento y prevención. En contraste, el neumotórax espontáneo secundario, en el que existe una enfermedad pulmonar subyacente, se asocia con un mayor riesgo de complicaciones y una evolución clínica más desfavorable (Le Guen et al., 2021).

A pesar de su relevancia clínica, el manejo del neumotórax espontáneo ha carecido históricamente de un consenso uniforme, de modo que en muchos casos las decisiones terapéuticas han dependido de la experiencia del clínico y del contexto institucional, en parte debido al limitado número de ensayos clínicos aleatorizados disponibles (Le Guen et al., 2021). En este contexto, durante los últimos años, nuevas guías y estudios han cuestionado paradigmas tradicionales, particularmente en relación con el manejo conservador, el papel de la aspiración con aguja y la indicación de tratamiento quirúrgico temprano. Asimismo, el reconocimiento de alteraciones estructurales subclínicas en el neumotórax espontáneo primario ha contribuido a una mejor comprensión de su fisiopatología (Hallifax, 2022). Esta evolución conceptual y terapéutica es relevante, ya que justifica la necesidad de una revisión actualizada que sintetice críticamente la evidencia disponible y permita orientar la toma de decisiones en la práctica clínica.

El objetivo del presente artículo es analizar y sintetizar la evidencia científica actual sobre el manejo terapéutico y quirúrgico del neumotórax espontáneo, integrando las recomendaciones de guías internacionales y estudios recientes, con el fin de proporcionar una actualización práctica orientada al abordaje clínico.

DESARROLLO

Definición y clasificación del neumotórax espontáneo

Se define el neumotórax como la presencia de aire en la cavidad pleural, lo que conlleva la pérdida de la presión negativa intrapleural y condiciona un colapso pulmonar parcial o completo. Cuando ocurre en ausencia de traumatismo torácico o de causa iatrogénica, se denomina neumotórax espontáneo, diferenciándose del neumotórax traumático e iatrogénico. Este se origina por el paso de aire desde el espacio aéreo pulmonar hacia la cavidad pleural como consecuencia de la alteración de la integridad de la pleura visceral, incluso en ausencia de enfermedad pulmonar clínicamente evidente (Le Guen et al., 2021; Roberts et al., 2023; Hallifax, 2022).

Desde el punto de vista etiológico, el neumotórax se clasifica en espontáneo y no espontáneo, incluyendo en este último las formas traumáticas e iatrogénicas. En este contexto, el neumotórax espontáneo, que constituye el foco de la presente revisión, se subdivide en primario cuando ocurre en pacientes sin enfermedad pulmonar subyacente clínicamente evidente, y en secundario cuando se

asocia a patología pulmonar subyacente. Esta diferenciación es relevante, ya que tiene implicaciones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas (Le Guen et al., 2021; Esquivel Ramírez et al., 2021).

El neumotórax espontáneo primario ocurre en pacientes sin enfermedad pulmonar subyacente conocida. Se presenta con mayor frecuencia en individuos jóvenes, predominantemente varones. Sin embargo, estudios radiológicos e histopatológicos han demostrado la presencia de alteraciones estructurales subpleurales, como blebs y bullas, lo que cuestiona el concepto de pulmón completamente sano en este grupo (Le Guen et al., 2021; Hallifax, 2022; Ozkale Yavuz et al., 2024). Los blebs corresponden a pequeñas evaginaciones aéreas subpleurales, generalmente menores de 1 cm, mientras que las bullas son espacios aéreos de mayor tamaño delimitados por paredes delgadas, cuya ruptura facilita la fuga aérea hacia el espacio pleural (Roberts et al., 2023; Hallifax, 2022).

El neumotórax espontáneo secundario se presenta en el contexto de una enfermedad pulmonar subyacente y afecta con mayor frecuencia a pacientes de mayor edad. Entre las patologías asociadas se incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma, las fibrosis pulmonares avanzadas, las enfermedades del tejido conectivo y las infecciones pulmonares necrotizantes, así como otras condiciones que alteran la arquitectura pulmonar. En este contexto, desde el punto de vista clínico, suele cursar con mayor gravedad debido a la menor reserva funcional pulmonar, lo que condiciona la necesidad de decisiones terapéuticas más agresivas y se asocia con un peor pronóstico (Le Guen et al., 2021; Esquivel Ramírez et al., 2021; Ozkale Yavuz et al., 2024; Gottlieb & Long, 2023).

Aunque esta clasificación continúa siendo ampliamente utilizada, en los últimos años ha surgido un debate creciente en torno a su rigidez conceptual. En este contexto, estudios recientes han demostrado que un número significativo de pacientes con neumotórax espontáneo primario presentan alteraciones estructurales evidentes en tomografía computarizada, lo que ha llevado a proponer el neumotórax como un espectro continuo. No obstante, las guías clínicas actuales mantienen esta distinción debido a las diferencias en el comportamiento clínico y en la respuesta al tratamiento. De forma operativa, algunos consensos consideran como neumotórax espontáneo secundario a pacientes mayores de 50 años con antecedente de tabaquismo, incluso en ausencia de enfermedad pulmonar documentada (Le Guen et al., 2021; Roberts et al., 2023; Hallifax, 2022).

Existen criterios radiológicos para clasificar el neumotórax según su tamaño, los cuales se utilizan principalmente para orientar la seguridad de las intervenciones. En este contexto, la British Thoracic Society define un neumotórax grande cuando la distancia interpleural a nivel del hilio es igual o mayor a 2 cm, mientras que el American College of Chest Physicians establece como criterio una distancia de 3 cm medida desde el ápice pulmonar. No obstante, las guías más recientes enfatizan que el tamaño del neumotórax no debe considerarse, por sí solo, una indicación absoluta de manejo invasivo (Roberts et al., 2023; Gottlieb & Long, 2023).

Fisiopatología

El neumotórax espontáneo se produce cuando el aire pasa desde el parénquima pulmonar hacia la cavidad pleural en ausencia de traumatismo, lo que implica la pérdida de la presión negativa intrapleural y condiciona un colapso pulmonar de magnitud variable (Esquivel Ramírez et al., 2021). En este sentido, este proceso puede originarse por ruptura alveolar o por la disecación del aire a través del intersticio hasta la pleura visceral, especialmente en presencia de gradientes elevados de presión alveolo-intersticial, como ocurre durante episodios de tos o inflamación bronquiolar (Ozkale Yavuz et al., 2024).

Tradicionalmente, la fisiopatología del neumotórax espontáneo primario se ha atribuido a la ruptura de blebs o bullas subpleurales apicales. A pesar de ello, no todos los pacientes presentan lesiones macroscópicas evidentes y la correlación entre los hallazgos radiológicos y el riesgo de recurrencia

resulta inconsistente (Barton et al., 2023; Hallifax, 2022). En este contexto, estudios recientes han demostrado la presencia de alteraciones estructurales subpleurales difusas, lo que indica que el proceso subyacente es más complejo que una lesión localizada.

En este escenario, se ha propuesto la teoría de la "porosidad pleural", según la cual el aire se filtra a través de una pleura visceral adelgazada e inflamada, en lugar de producirse como consecuencia de una ruptura estructural franca. Esta hipótesis se sustenta en evidencia que demuestra la difusión subpleural de aire en áreas aparentemente normales, lo que sugiere la existencia de microdefectos funcionales a nivel pleural (Hallifax, 2022; Barton et al., 2023).

A nivel histopatológico, se ha descrito inflamación crónica de la vía aérea distal, acompañada de infiltración linfocitaria y cambios fibróticos. En este contexto, también se ha documentado un desequilibrio en los sistemas proteasa-antiproteasa y oxidante-antioxidante, junto con la sobreexpresión de metaloproteinasas, lo que favorece la degradación del tejido elástico pulmonar y contribuye a la fragilidad pleuropulmonar (Hallifax, 2022).

El tabaquismo constituye el principal factor de riesgo y desempeña un papel central en la fisiopatología del neumotórax espontáneo primario. En términos fisiopatológicos, la exposición al humo del tabaco induce inflamación distal, remodelación bronquiolar y cambios enfisematosos subpleurales, particularmente en las regiones apicales, lo que favorece la formación de alteraciones estructurales y la fuga aérea (Le Guen et al., 2021; Hallifax, 2022).

En el neumotórax espontáneo secundario, la fuga aérea ocurre en el contexto de una enfermedad pulmonar estructural preexistente, siendo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica la causa más frecuente. En este escenario, otras patologías que alteran la arquitectura pulmonar, como las fibrosis, las infecciones necrotizantes o las neoplasias, pueden facilitar la comunicación entre el espacio aéreo y la cavidad pleural. De esta forma, en este grupo de pacientes, el neumotórax debe considerarse una manifestación de la enfermedad subyacente más que un evento aislado (Esquivel Ramírez et al., 2021; Le Guen et al., 2021).

En un subgrupo de pacientes se ha descrito una predisposición genética, destacando el síndrome de Birt-Hogg-Dubé syndrome, asociado a mutaciones del gen FLCN y a la formación de múltiples quistes pulmonares susceptibles de ruptura (Zhang et al., 2025).

Desde el punto de vista dinámico, las fugas aéreas pueden ser autolimitadas. Sin embargo, se ha planteado que la aplicación de presión negativa mediante drenaje torácico podría perpetuar el flujo de aire a través de defectos pleurales y retrasar su cierre. En este contexto, este fenómeno resulta relevante, ya que tiene implicaciones en el enfoque terapéutico actual (Barton et al., 2023).

Manifestaciones clínicas

El neumotórax espontáneo presenta un espectro clínico amplio, que varía desde formas asintomáticas hasta cuadros con compromiso respiratorio significativo (Le Guen et al., 2021). En este contexto, en algunos casos el diagnóstico se realiza de forma incidental mediante estudios de imagen, especialmente en neumotórax de pequeño tamaño. La severidad de la sintomatología depende principalmente del grado de colapso pulmonar y de la reserva funcional pulmonar, siendo más evidente en pacientes con enfermedad pulmonar subyacente (Esquivel Ramírez et al., 2021; Le Guen et al., 2021).

El síntoma más frecuente del neumotórax espontáneo es el dolor torácico de inicio súbito, generalmente unilateral y de características pleuríticas, que se intensifica con la inspiración profunda y la tos. Clínicamente, la disnea es también un hallazgo común, cuya intensidad se relaciona con la extensión del neumotórax y con la condición pulmonar previa. Otros síntomas incluyen tos seca y, con

menor frecuencia, hemoptisis o síncope (Esquivel Ramírez et al., 2021; López Company et al., 2021). A pesar de ello, la variabilidad clínica es considerable, con reportes de disnea en 45%–93% de los casos, dolor torácico en 17%–92% y tos en 20%–43% (Gottlieb & Long, 2023).

En el examen físico, los hallazgos clásicos incluyen disminución o abolición del murmullo vesicular, timpanismo a la percusión y reducción de las vibraciones vocales en el hemitórax afectado. En este contexto, también puede observarse asimetría en la expansión torácica y, en algunos casos, enfisema subcutáneo. No obstante, en neumotórax de pequeño tamaño el examen físico puede ser normal, por lo que la sospecha clínica debe confirmarse mediante estudios de imagen (Le Guen et al., 2021).

La evaluación inicial del neumotórax espontáneo debe orientarse a identificar signos de inestabilidad clínica que sugieran la presencia de un neumotórax a tensión. Desde el punto de vista clínico, entre los hallazgos de gravedad se incluyen dificultad respiratoria, cianosis, desaturación, taquipnea, taquicardia e hipotensión. Ahora bien, la hipoxemia significativa es poco frecuente, reportándose en 3%–11% de los casos (Gottlieb & Long, 2023). La presencia de compromiso hemodinámico es relevante, ya que obliga a considerar complicaciones como neumotórax a tensión, hemo-neumotórax o compromiso bilateral, especialmente en pacientes con enfermedad pulmonar subyacente (Le Guen et al., 2021).

Diagnóstico

El diagnóstico del neumotórax espontáneo se basa en la correlación entre la sospecha clínica y su confirmación mediante estudios de imagen (Roberts et al., 2023). Clínicamente, la evaluación inicial debe centrarse en identificar signos de dificultad respiratoria o inestabilidad hemodinámica, los cuales pueden sugerir la presencia de un neumotórax a tensión y requieren intervención inmediata (Gottlieb & Long, 2023). Sin embargo, aunque algunos pacientes pueden estar asintomáticos y diagnosticarse de forma incidental, la mayoría consulta por dolor torácico y disnea, asociados a disminución unilateral de los ruidos respiratorios (Le Guen et al., 2021; Gottlieb & Long, 2023).

La radiografía de tórax en proyección posteroanterior en inspiración constituye la prueba inicial más utilizada para confirmar el diagnóstico del neumotórax espontáneo. En este contexto, el hallazgo característico es la visualización de la línea pleural visceral con ausencia de trama vascular periférica y aumento de la radiolucidez en el espacio pleural. Asimismo, permite identificar complicaciones como desviación mediastínica o niveles hidroaéreos, así como signos de enfermedad pulmonar subyacente (Esquivel Ramírez et al., 2021; Le Guen et al., 2021; Roberts et al., 2023). No obstante, su sensibilidad es limitada en neumotórax de pequeño tamaño, aunque mantiene una alta especificidad. En contraste, el uso rutinario de radiografías en espiración no mejora significativamente el rendimiento diagnóstico y no se recomienda (Gottlieb & Long, 2023; Ozkale Yavuz et al., 2024).

El ultrasonido pulmonar a la cabecera del paciente constituye una herramienta útil en el diagnóstico del neumotórax espontáneo, particularmente en entornos de urgencias y cuidados intensivos. En este sentido, la ausencia de deslizamiento pleural representa un hallazgo sensible, mientras que la identificación del “lung point” es altamente específica. Sin embargo, estos hallazgos deben interpretarse en conjunto con el contexto clínico, ya que su especificidad puede disminuir en determinadas condiciones (Gottlieb & Long, 2023; Roberts et al., 2023).

La tomografía computarizada de tórax no se considera una prueba de primera línea en el diagnóstico del neumotórax espontáneo. Sin embargo, resulta útil en casos de incertidumbre diagnóstica, en neumotórax de pequeño tamaño o para diferenciarlo de bullas enfisematosas. En este contexto, permite una evaluación detallada del parénquima pulmonar y puede orientar decisiones terapéuticas, incluyendo la planificación quirúrgica (Le Guen et al., 2021; Roberts et al., 2023; Ozkale Yavuz et al., 2024).

El diagnóstico diferencial del neumotórax espontáneo incluye entidades como el derrame pleural, el tromboembolismo pulmonar, el síndrome coronario agudo, la pericarditis o la disección aórtica (Esquivel Ramírez et al., 2021). En este sentido, una vez confirmado el diagnóstico, es fundamental identificar la etiología subyacente para diferenciar entre neumotórax espontáneo primario y secundario, puesto que esta distinción es relevante, en tanto tiene implicaciones terapéuticas y pronósticas (Le Guen et al., 2021).

Tratamiento del neumotórax espontáneo

El manejo del neumotórax espontáneo se orienta a tres objetivos fundamentales: aliviar los síntomas, evacuar el aire del espacio pleural y reducir el riesgo de recurrencia. En este sentido, el objetivo principal no es la resolución radiográfica inmediata, sino el control de la fuga aérea y el mantenimiento de la estabilidad clínica del paciente. En la actualidad, el neumotórax se entiende como un espectro clínico, por lo que las decisiones terapéuticas deben priorizar la estabilidad clínica y la carga sintomática por encima del tamaño radiológico aislado (Barton & Walker, 2024; Roberts et al., 2023).

El primer paso consiste en determinar la estabilidad clínica. En pacientes estables, con síntomas leves o ausentes, el manejo conservador constituye una estrategia válida, con altas tasas de resolución sin intervención y una menor estancia hospitalaria (Roberts et al., 2023; Walker et al., 2024). En estos casos, el tamaño del neumotórax se utiliza principalmente para valorar la seguridad del abordaje, más que como un criterio absoluto de intervención.

Por otra parte, en pacientes sintomáticos pero hemodinámicamente estables, la aspiración con aguja constituye el tratamiento inicial preferente, con tasas de éxito entre 60% y 67%. En caso de fracaso o ante la presencia de una fuga aérea persistente, está indicado el drenaje torácico mediante catéter de pequeño calibre o tubo torácico (Walker et al., 2024; Gottlieb & Long, 2023).

El manejo ambulatorio mediante dispositivos de válvula unidireccional constituye una alternativa segura en pacientes seleccionados, siempre que se garantice un seguimiento adecuado. En este contexto, esta estrategia permite reducir la estancia hospitalaria sin comprometer los resultados clínicos (Roberts et al., 2023; Walker et al., 2024).

En contraste, en el neumotórax espontáneo secundario, el abordaje debe ser más agresivo debido al mayor riesgo de deterioro clínico. En general, estos pacientes requieren hospitalización y manejo con drenaje torácico, incluso en neumotórax de pequeño tamaño, por lo que la observación aislada no se recomienda en este grupo (Roberts et al., 2023; Walker et al., 2024).

Tratamiento definitivo

El tratamiento definitivo del neumotórax espontáneo está indicado en pacientes con recurrencia ipsilateral o contralateral, fuga aérea persistente mayor a 5 días, neumotórax bilateral o en aquellos con ocupaciones de alto riesgo. En particular, en el neumotórax espontáneo secundario debe considerarse de forma más temprana debido a su mayor riesgo de recurrencia (Roberts et al., 2023).

El objetivo de la intervención definitiva es prevenir la recurrencia mediante la corrección del defecto pleuropulmonar y la obliteración del espacio pleural. A este respecto, la indicación quirúrgica debe individualizarse considerando la estabilidad clínica, la reserva funcional pulmonar y las características propias del paciente (Chiu et al., 2021; Duchman & Cheng, 2024).

La cirugía toracoscópica asistida por video (VATS) constituye el abordaje de elección para el tratamiento definitivo del neumotórax espontáneo, debido a su menor morbilidad, menor dolor postoperatorio y menor estancia hospitalaria en comparación con la toracotomía abierta (Nachira et

al., 2020; Duchman & Cheng, 2024). Sin embargo, aunque la toracotomía abierta puede asociarse a una menor tasa de recurrencia, su mayor agresividad limita su uso a casos seleccionados.

Desde el punto de vista técnico, el procedimiento incluye la resección de blebs o bullas y la inducción de adherencias pleurales mediante técnicas mecánicas o químicas. Además, la elección entre un abordaje uniportal o multiportal depende de la experiencia del equipo quirúrgico, sin evidenciarse diferencias significativas en los resultados clínicos (Janssen et al., 2024).

Por otra parte, la pleurodesis constituye una estrategia terapéutica orientada a la obliteración del espacio pleural mediante la inducción de inflamación y fibrosis controlada. Puede realizarse mediante técnicas mecánicas o mediante agentes químicos como el talco. Asimismo, la combinación de bullectomía y pleurodesis corresponde a la estrategia más efectiva para reducir el riesgo de recurrencia (Nachira et al., 2020).

En cuanto a las técnicas empleadas, la abrasión pleural mecánica y la pleurectomía presentan tasas de recurrencia similares, aunque la abrasión se asocia con menor morbilidad. A su vez, la pleurodesis química con talco ha demostrado una alta eficacia, con tasas de recurrencia inferiores al 2% en algunas series (Abugabal et al., 2024; Kennedy et al., 2023).

CONCLUSIONES

El neumotórax espontáneo constituye una entidad clínica frecuente cuya presentación y evolución son variables, lo que exige un enfoque diagnóstico y terapéutico individualizado. En este sentido, la evidencia contemporánea ha modificado los paradigmas tradicionales, desplazando el énfasis desde el tamaño radiológico hacia la evaluación clínica, particularmente la estabilidad del paciente y la carga sintomática.

En el neumotórax espontáneo primario, el manejo conservador y la aspiración con aguja representan estrategias eficaces en pacientes seleccionados, permitiendo evitar intervenciones invasivas innecesarias. Por el contrario, el neumotórax espontáneo secundario se asocia con mayor morbimortalidad y menor reserva funcional pulmonar, lo que justifica un abordaje más agresivo y una menor tolerancia al manejo expectante.

En estos casos, el tratamiento definitivo debe considerarse en presencia de recurrencia, fuga aérea persistente o situaciones de alto riesgo, siendo la cirugía toracoscópica asistida por video con pleurodesis el estándar actual para la prevención de nuevos episodios. La selección adecuada del paciente y del momento de la intervención constituye un determinante clave en los resultados clínicos.

En conjunto, el manejo del neumotórax espontáneo debe basarse en la integración de la evidencia científica actual, la evaluación clínica rigurosa y la estratificación del riesgo, con el objetivo de optimizar los resultados clínicos y reducir la recurrencia.

REFERENCIAS

- Abugabal, A. E. M. S., Eldewer, M. A., Mostafa, A., & El Nori, A. (2024). Pleurectomy versus pleural abrasion in patients with spontaneous pneumothorax: A randomized controlled trial. *The Egyptian Journal of Surgery*, 43(1), 205–213. https://doi.org/10.4103/ejs.ejs_232_23
- Barton, E. C., Maskell, N. A., & Walker, S. P. (2023). Expert review on spontaneous pneumothorax: Advances, controversies, and new directions. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 44(4), 426–436. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1769615>
- Barton, E. C., & Walker, S. P. (2024). The medical management of spontaneous pneumothorax: A concise review. *British Journal of Hospital Medicine*. <https://doi.org/10.12968/hmed.2024.0047>
- Chiu, H. Y., Ho, Y. C., Yang, P. C., Chiang, C. M., Chung, C. C., Wu, W. C., Lin, Y. C., Chen, C. Y., & Wu, Y. C. (2021). Recommendation for management of patients with their first episode of primary spontaneous pneumothorax, using video-assisted thoracoscopic surgery or conservative treatment. *Scientific Reports*, 11, 10874. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90113-w>
- Duchman, B., & Cheng, G. Z. (2024). Management of pneumothorax and persistent air leak—A narrative review. *AME Medical Journal*, 9, 23. <https://doi.org/10.21037/amj-23-168>
- Esquivel Ramírez, D. F., Hernández Negrete, E. L., Tupiza Luna, F. K., & Barcia Velásquez, C. A. (2021). Manejo de neumotórax espontáneo. *RECIMUNDO*, 5(1), 50–56. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(1\).enero.2021.50-56](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(1).enero.2021.50-56)
- Gottlieb, M., & Long, B. (2023). Managing spontaneous pneumothorax. *Annals of Emergency Medicine*, 81(5), 568–576. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2022.08.447>
- Hallifax, R. (2022). Aetiology of primary spontaneous pneumothorax. *Journal of Clinical Medicine*, 11(3), 490. <https://doi.org/10.3390/jcm11030490>
- Janssen, N., Franssen, A. J. P. M., Ramos González, A. A., Laven, I. E. W. G., Jansen, Y. J. L., Daemen, J. H. T., Lozekoot, P. W. J., Hulsewé, K. W. E., Vissers, Y. L. J., & de Loos, E. R. (2024). Uniportal versus multiportal video-assisted thoracoscopic surgery for spontaneous pneumothorax. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 19, 387. <https://doi.org/10.1186/s13019-024-02931-4>
- Kapicibasi, H. O. (2020). Uniportal VATS technique for primary spontaneous pneumothorax: An analysis of 46 cases. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(2), 224–228. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.2.1556>
- Kennedy, N., Petrakis, N., Chan, J., & Jurisevic, C. (2023). Spontaneous pneumothorax rates following video-assisted thoracoscopic talc pleurodesis with or without resection of macroscopic bullous disease. *ANZ Journal of Surgery*, 93(10), 2402–2405. <https://doi.org/10.1111/ans.18552>
- Kawai, N., Kawaguchi, T., Yasukawa, M., Tojo, T., Sawabata, N., & Taniguchi, S. (2021). Surgical treatment for secondary spontaneous pneumothorax: A risk factor analysis. *Surgery Today*. <https://doi.org/10.1007/s00595-020-02206-0>
- Le Guen, P., Crestani, B., & Mordant, P. (2021). Neumotórax espontáneo. *EMC - Tratado de medicina*, 25(1), 1–7. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(21\)44692-1](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(21)44692-1)
- López Company, P., Pejenaute Labari, E., & López Juan, J. (2021). Neumotórax traumático. *FMC*, 28(10), 593–594.

Nachira, D., Meacci, E., Congedo, M. T., Pogliani, L., Chiappetta, M., Vita, M. L., & Margaritora, S. (2020). Surgical treatment of primary spontaneous pneumothorax: What is better to do? *Journal of Thoracic Disease*, 12(4), 1274–1276. <https://doi.org/10.21037/jtd.2020.03.40>

Ocakcioglu, I., & Kupeli, M. (2019). Surgical treatment of spontaneous pneumothorax: Pleural abrasion or pleurectomy? *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 29(1), 58–63. <https://doi.org/10.1097/SLE.0000000000000595>


Ozkale Yavuz, O., Ayaz, E., Ozcan, H. N., Oguz, B., & Haliloglu, M. (2024). Spontaneous pneumothorax in children: A radiological perspective. *Pediatric Radiology*, 54, 1864–1872. <https://doi.org/10.1007/s00247-024-06053-w>

Roberts, M. E., Rahman, N. M., Maskell, N. A., Bibby, A. C., Blyth, K. G., Corcoran, J. P., Edey, A., Evison, M., de Fonseka, D., Hallifax, R., Harden, S., Lawrie, I., Lim, E., McCracken, D. J., Mercer, R., Mishra, E. K., Nicholson, A. G., Noorzad, F., Opstad, K., Parsonage, M., Stanton, A. E., & Walker, S. (2023). British Thoracic Society guideline for pleural disease. *Thorax*, 78(Suppl 3), s1–s42. <https://doi.org/10.1136/thorax-2022-219784>

Theran León, J. S., Esteban Badillo, L. Y., & Garcia Brilla, M. F. (2021). Neumotórax espontáneo en una nadadora profesional. *Atención Primaria Práctica*, 3, 100100. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2021.100100>

Walker, S., Hallifax, R., Ricciardi, S., Fitzgerald, D., Keijzers, M., Lauk, O., Petersen, J., Bertolaccini, L., Boddiger, U., Clive, A., Elia, S., Froudarakis, M., Janssen, J., Lee, Y. C. G., Licht, P., Massard, G., Nagavci, B., Neudecker, J., Roessner, E., Van Schil, P., Waller, D., Walles, T., Cardillo, G., Maskell, N., & Rahman, N. (2024). Joint ERS/EACTS/ESTS clinical practice guidelines on adults with spontaneous pneumothorax. *European Respiratory Journal*, 63, 2300797. <https://doi.org/10.1183/13993003.00797-2023>

Zhang, Y., Wang, Y., Wang, J., Li, P., Lv, R., & Chen, J. (2025). The prevalence of spontaneous pneumothorax in patients with BHD syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 20, 218. <https://doi.org/10.1186/s13023-025-03726-z>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) .