

Manejo quirúrgico de la hernia de Amyand: reporte de caso y revisión de la literatura

Amaya Muñoz María Camila*
Amaya Muñoz María Juliana*
Rodríguez Álvarez Miguel Iván**
Rubio Duarte Andrés Felipe***

*Estudiante de medicina Universidad Autónoma de Bucaramanga.

**Cirujano General y laparoscopia clínica FOSCAL y Departamento de Cirugía Universidad Autónoma de Bucaramanga.

***Médico Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Contacto: mamaya14@unab.edu.co - 3185835051.

Introducción: La hernia es de tipo inguinoescrotal con una prevalencia de <1%, y que contiene apéndice cecal en su interior. Su diagnóstico generalmente es intraoperatorio. Aún es debatido la realización de apendicetomía durante la herniorrafia. **Reporte de caso:** paciente masculino de 68 años que consulta por 4 días de dolor y distensión abdominal, intolerancia a la vía oral y emesis de contenido biliar. Con antecedente de hernia inguinoescrotal derecha desde hace 3 años (**Imagen 1**), con aumento del tamaño en los últimos 6 meses. Hallazgos radiológicos sugestivos de obstrucción intestinal baja. Tomografía abdominal que muestra gran defecto herniario con presencia de apéndice cecal en su interior (**Imagen 2**). En la corrección quirúrgica se encuentra apéndice cecal dentro del defecto herniario, gangrenada y perforada, isquemia de íleon distal y colon ascendente con testículo derecho isquémico y atrófico, realizando apendicetomía, hemicolectomía, anastomosis intestinal, orquiectomía y herniorrafia con malla. Evolución posoperatoria satisfactoria y egreso hospitalario tras una semana del procedimiento. Adicional, se realizará una revisión del manejo quirúrgico de esta entidad. **Discusión:** la hernia de Amyand con apendicitis aguda perforada ocurre en 0,5% de los casos. La apendicetomía en la corrección del defecto, que debe realizarse cuando hay hallazgos de inflamación apendicular para disminuir la probabilidad de infección del material utilizado para la corrección del defecto herniario. El cirujano debe tener en cuenta esta entidad cuando se enfrenta a grandes defectos herniarios derechos. Su tratamiento depende del compromiso apendicular y de las asas intestinales.



Imagen 1. Hallazgos de examen físico de gran hernia inguinoescrotal derecha.



Imagen 2. Reporte de tomografía computarizada de abdomen donde se evidencia imagen sugestiva de apéndice cecal dentro del saco herniario.

Síndrome obstructivo + duodenitis severa por *strongyloides stercoralis* – reporte de caso

Cala Rueda Hernando*
Ariza Mejía Karen Alejandra**
Acevedo Pérez Daniela María***
Ariza Mejía John Alexander****

*Médico Cirujano UIS, Cirujano General UDEA, Cirujano de Trasplantes Fundación Valle de Lili.

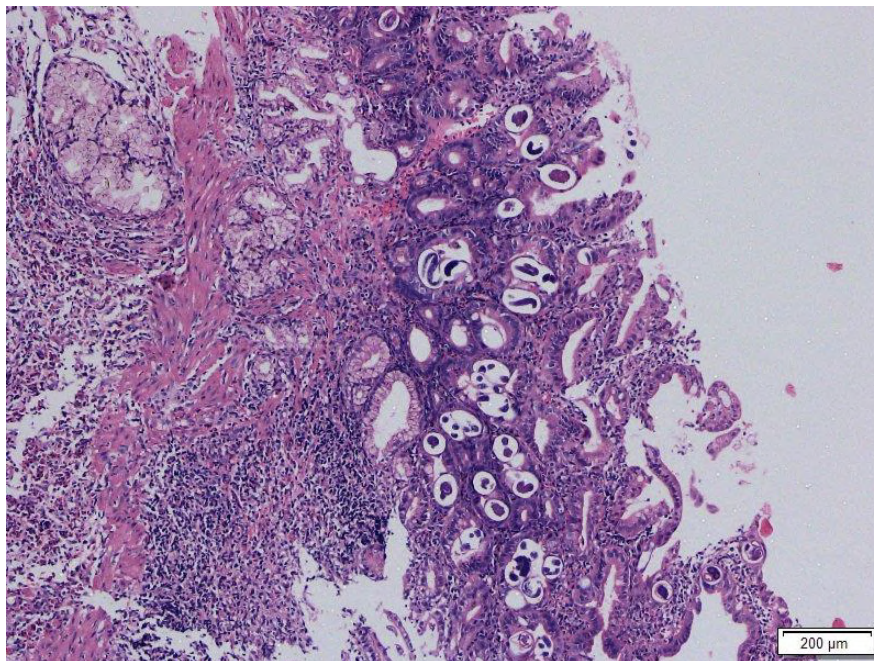
**Residente Especialización en Cirugía General, Universidad Industrial de Santander.

***Médica y Cirujana UIS, Especialista en Epidemiología, UNAB.

****Estudiante Medicina, Universidad Industrial de Santander.

Contacto: damacepe22@gmail.com - 3213717707.

Introducción: la Strongyloidiasis es una parasitosis intestinal producida por un nematodo de distribución mundial, es endémica en zonas tropicales, afecta principalmente hombres y permanece años en el humano asintomáticos en un 50%. Puede presentar manifestaciones dermatológicas, respiratorias y gastrointestinales, que van desde síntomas inespecíficos hasta enteritis invasiva. Se localiza en el duodeno donde la larva madura a adulto hembra e induce reacción inflamatoria. **Presentación de caso:** paciente con duodenitis por *Strongyloides stercoralis*. Se describió el caso basados en la historia clínica y estudios diagnósticos, se realizó revisión de literatura. Masculino con pérdida de peso y epigastralgia crónica exacerbada, náuseas y emesis, radiografía con nivel hidroaéreo, tomografía abdominal evidencia mal rotación parcial de vasos mesentéricos, engrosamiento paredes antro gástrico y duodeno; es llevado a cirugía con detorsión de raíz mesentérica, persiste dolor. Endoscopia evidencia pangastritis con duodenitis severa con con múltiples microúlceras y estenosis del bulbo. Biopsias reportan duodenitis aguda moderada secundaria a parásitos compatibles con *strongyloides stercoralis*, tratado con ivermectina. El síndrome de mala absorción y desnutrición severa requirió nutrición parenteral con evolución satisfactoria. **Discusión:** el *Strongyloides Stercoralis* se replica dentro del huésped humano, el espectro clínico va desde náuseas y vómitos, diarreas, pérdida de peso, distensión y dispepsia o intestino irritable; puede producir cuadros de pseudoobstrucción intestinal, hepatitis granulomatosa, hipocalcemia o simular una masa, produce malabsorción causada directamente por el nematodo llevando a desnutrición severa. La endoscopia con biopsia es el pilar diagnóstico. El tratamiento de elección es Ivermectina. Es importante su diagnóstico por la elevada mortalidad de la strongyloidiasis diseminada y evitar intervenciones.



Síndrome de HELLP complicado con hematoma subcapsular hepático roto: Reporte de caso

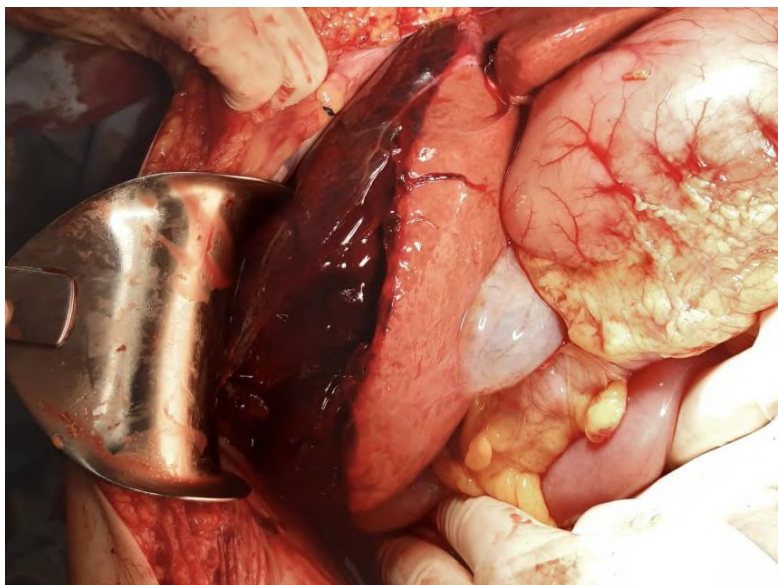
Sergio Andrés Romero Serrano*
Sheyla Yurian Pardo González*
Samantha Castro Ramírez**

*Universidad industrial de Santander.

**Universidad tecnológica de Pereira.

Contacto: samantha.raor@gmail.com - 3008514117.

Introducción: el hematoma subcapsular hepático roto es una complicación rara que puede estar asociada a los estados hipertensivos del embarazo, con incidencias reportadas de 1 / 2.000-15.000 gestaciones, y una mortalidad de 17% a 59%, la cual depende del sitio de rotura, rapidez en el diagnóstico y disponibilidad de los tratamientos. La presentación clínica es inespecífica y requiere una vigilancia estrecha para un diagnóstico oportuno dado el alto riesgo de rotura hepática espontánea. **Presentación de caso:** paciente de 39 años G3P2V2, con embarazo de 30.3 semanas, con sospecha de óbito fetal por ausencia de movimientos fetales. En su puerperio inmediato presenta signos de choque hipovolémico refractario, líquido libre en cavidad abdominal, aumento de enzimas hepáticas, coagulopatía, trombocitopenia y paro cardiorrespiratorio que requiere RCP. Es llevada a laparotomía exploratoria encontrando: hematoma subcapsular hepático roto con compromiso de aproximadamente el 50% del lóbulo derecho, ruptura hepática del segmento V y VI y sangrado activo, se realizó empaquetamiento hepático clásico; posteriormente fallece al entrar en asistolia. **Discusión:** no existe un tratamiento estándar para esta complicación, la cirugía reduce la mortalidad en caso de ruptura del hematoma y se ha demostrado que los hematomas hepáticos no rotos pueden ser candidatos a manejo conservador, la cirugía abierta se realiza en caso de deterioro clínico o aumento del tamaño de este. Se requiere un alto grado de sospecha clínica para el reconocimiento temprano de esta patología para brindar un manejo oportuno y reducir tasas de mortalidad.



Páncreas Heterotópico: Reporte de caso y revisión de la literatura

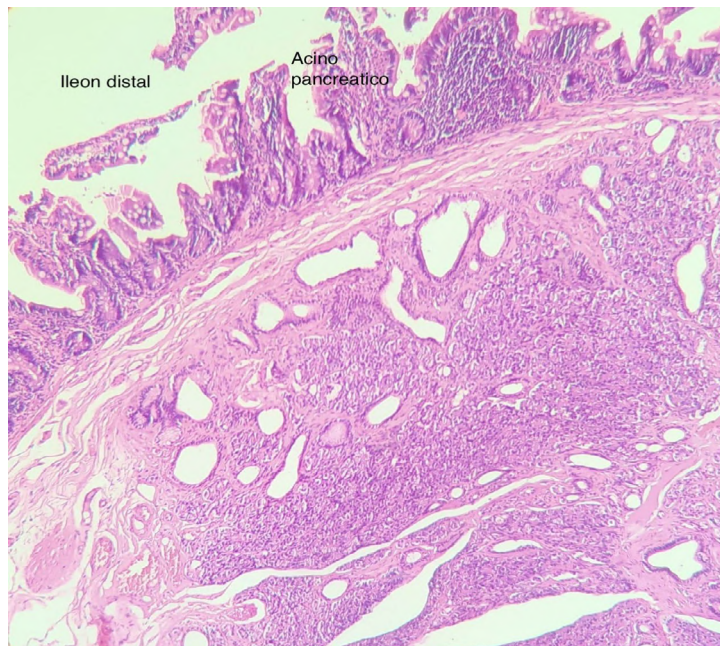
Laura Carolina Rodríguez Núñez*
Adrián Ortiz Delgado*
Juan Fernando Guerra Forero**
Alexander Arzuaga R.**
Fernando Iván De la Hoz**

*Médico general.

**Cirujano general.

Contacto: lcrodrigueznuñez@gmail.com – 3012398882

Introducción: el páncreas heterotópico es un tejido pancreático de localización aberrante, sin comunicación vascular o anatómica con el páncreas. Patología poco frecuente; la mayoría se encuentran en tracto gastrointestinal superior, siendo raro en el íleon y pudiendo generar sintomatología y complicaciones severas. **Presentación de caso:** paciente adulta mayor con sospecha de obstrucción intestinal por clínica y hallazgos imagenológicos en TAC de abdomen. Se realiza laparotomía evidenciándose brida en fosa iliaca derecha como causa de la obstrucción. Incidentalmente se observa nódulo de 1 cm de diámetro, bien delimitado, con compromiso del 20% de la circunferencia del íleon a 1 metro de la válvula ileocecal. Se realiza resección de la lesión, patología reporta páncreas heterotópico intramural compuesto de células acinares. Paciente con evolución clínica satisfactoria. **Discusión:** el páncreas heterotópico tiene una incidencia del 0.55 a 13.7%. El 90% se ubican en estómago, duodeno y yeyuno, en íleon es alrededor del 1,4% a 7,5%. En el 70% de los casos es un hallazgo incidental en cirugía, la mayoría son asintomáticos, en intestino delgado hasta el 50% presentan síntomas. Puede causar sangrado gastrointestinal, obstrucción intestinal, raramente cáncer y pérdida de peso. El diagnóstico preoperatorio es desafiante, los hallazgos radiológicos en la exploración digestiva proximal consisten en una masa submucosa pequeña, con márgenes bien delimitados, redonda u ovalada y con base ancha, que puede extenderse hasta la muscular y la serosa. El tratamiento es la escisión quirúrgica y el diagnóstico se confirma anatomopatológicamente. Es una patología rara de difícil diagnóstico preoperatorio con riesgo de complicaciones graves.



Pseudotumor hemofilico gigante

Juan David Gómez Cadena*

Maria Camila Pinilla Chavez**

Juan Carlos Giovannetti***

Álvaro Enrique Niño Rodríguez****

*Estudiante de último año de medicina UIS.

**Residente del programa de cirugía general UIS.

***Residente de programa de cirugía plástica general UIS.

****Cirujano de mama y tejidos blandos HUS-UIS.

Contacto: juandavidgc96@gmail.com - 3016398916

Introducción: la hemofilia es un trastorno en la coagulación por deficiencia del factor VIII, entre las complicaciones más frecuentes están los sangrados profundos. Los pseudotumores hemofílicos ocurren secundarios a episodios repetitivos de sangrado en tejidos blandos, y su presentación más frecuente es a nivel pélvico y en sitios de contacto como las extremidades. **Presentación de caso:** paciente de 63 años de edad, con antecedente de hemofilia tipo a, con 18 años de evolución de masa de crecimiento progresivo en tercio proximal de borde interno de muslo derecho, quien consulta por aumento agudo del tamaño de la masa asociado a cambios inflamatorios. Al ingreso con respuesta inflamatoria sistémica, sin anemia. Ultrasonido que reporta colección en cara interna del muslo derecho de aspecto hemático con volumen de 325 cc. Se considera manejo quirúrgico, se realiza marcación de colgajo tipo losange, disección por planos hasta capsula de pseudotumor, posteriormente liberación de múltiples adherencias miofibrosas a cápsula de pseudotumor, control estricto de hemostasia, obliteración del espacio, colocación de hemovac y cierre de colgajos. **Discusión:** el manejo ideal es la prevención, pero entre otras opciones se encuentra el drenaje percutáneo y la resección en bloque. Se prefiere la resección quirúrgica en pseudotumores crónicos. Se ha propuesto la embolización selectiva 2 semanas previas al procedimiento como estrategia de control de sangrado. El manejo de los pseudotumores es un reto para el cirujano y más aún los de gran tamaño.



Liposarcoma mixoide retroperitoneal recurrente con sarcomatosis peritoneal

Juan David Gómez Cadena*
Andrés Felipe Chaparro Zaraza*
Diego Fernando Chaparro Zaraza**
Álvaro Enrique Niño Rodríguez***

*Estudiante de último año de medicina UIS.

**Residente de programa de cirugía general UIS.

***Cirujano de mama y tejidos blandos HUS-UIS.

Contacto: juandavidgc96@gmail.com - 3016398916

Introducción: los liposarcomas (LS) son tumores malignos raros que representan aproximadamente el 20% de todos los sarcomas; hasta un 40% se encuentran a nivel retroperitoneal y raramente suelen presentarse en mesenterio y peritoneo. **Presentación de caso:** masculino de 45 años, con antecedentes de liposarcomas a repetición desde el 2015 presenta clínica de 5 meses de evolución con disconfort inguinal, aumento de perímetro abdominal, saciedad temprana, parestesias, cianosis y frialdad en miembros inferiores, intolerancia al decúbito supino, oliguria y polaquiuria. Estudio tomográfico evidencia lesión en fosa iliaca derecha de 101mmx69mm que desplaza estructuras vecinas sin infiltrarlas y otra en flanco derecho de 60x52mm de iguales características. En laparotomía exploratoria se liberan adherencias de omento a gran masa, se disecciona y extrae la pieza quirúrgica que presenta ruptura de cápsula. Se realiza apendicectomía por compromiso tumoral con múltiples lesiones nodulares a nivel de mesoapéndice. Se accede a retroperitoneo mediante maniobra de cattel y disección de fascia de toldt, se extirpa masa retroperitoneal derecha. Estudio anatomopatológico describe lesión tumoral de gran tamaño con abundante necrosis, compatible con liposarcoma mixoide de alto grado (FNCLCC grado 3) y apéndice cecal con múltiples implantes de tumor maligno de iguales características. **Discusión:** el tratamiento de estos de estos tumores es quirúrgico, con frecuencia son un reto ya que por su baja incidencia y curso inicial asintomático suelen diagnosticarse en etapas avanzadas. La extirpación tumoral en bloque, incluyendo en ocasiones órganos vecinos, es pertinente dada la alta tasa de recurrencia local. Entre los factores de mal pronóstico se encuentran: edad (> 45 años), tumor (> 10 cm), localización subaponeurótica, alto grado y márgenes positivos. La sarcomatosis peritoneal es poco frecuente y acarrea un pobre pronóstico (sobrevivida de 43% a 2 años), por lo cual es indispensable un seguimiento estrecho de estos tumores.



Infarto Omental primario segmentario: diagnóstico y manejo por laparoscopia, reporte de un caso y revisión de la literatura

Mateus-Mancipe Johan Nicolás*
Padilla-Laguna Melisa Andrea**
De La Hoz-Delgado Fernando Iván***
Serrano-Pastrana Juan Paulo***

*Médico, especialista en Epidemiología, Clínica Chicamocha, Bucaramanga, Colombia.

**Médico, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia.

***Médico, especialista en Cirugía General, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Contacto: jnmm.9607@gmail.com - 3057194802.

Introducción: el infarto omental (IO) es una causa insólita de abdomen agudo, con sintomatología inespecífica que sugiere otras patologías más asiduas en el servicio de urgencias. Se presenta el caso de un adulto con dolor abdominal en quien se realiza diagnóstico laparoscópico de IO, además se realiza una revisión de la literatura sobre esta entidad excepcional. **Metodología:** se realizó una búsqueda de la literatura en Google Scholar, Pubmed y Scielo, utilizando las palabras clave: Epiplón, Dolor abdominal, Isquemia Mesentérica, Abdomen Agudo y Laparoscopia. **Presentación del caso:** el paciente fue intervenido de urgencia con presunción de colecistitis aguda, sin embargo, presenta hernia umbilical con encarcelamiento de omento mayor, torsión y necrosis del mismo; posterior a omentectomía parcial, el paciente egresa con resolución del cuadro. **Discusión:** el Omento es un repliegue de peritoneo, singular; que además de sostén posee funciones inmunológicas y regenerativas. Se considera un órgano, más allá de ser un simple tejido. En el IO ocurre necrosis del omento mayor, primaria: por torsión en su eje o secundaria a patologías neoplásicas, vasculares, iatrogenia, etc; con factores de riesgo entre los que se destaca la obesidad. Su diagnóstico es complejo y se realiza por imagenología o de forma intraoperatoria, en la literatura se ha descrito manejo quirúrgico y conservador, sin unanimidad. **Conclusión:** aunque la presentación de IO es rara, se espera que su casuística aumente, concordante con el incremento de obesidad en la población. Así mismo se concluye que hace falta evidencia para definir cuál estrategia terapéutica es la más adecuada.



Neumotórax espontáneo secundario a COVID-19: Reporte de caso revisión de la literatura

Brayan Andrés Buitrago Maldonado*

Ana María Arocha Marín**

Leidy Stefany Mogollón Insuasty***

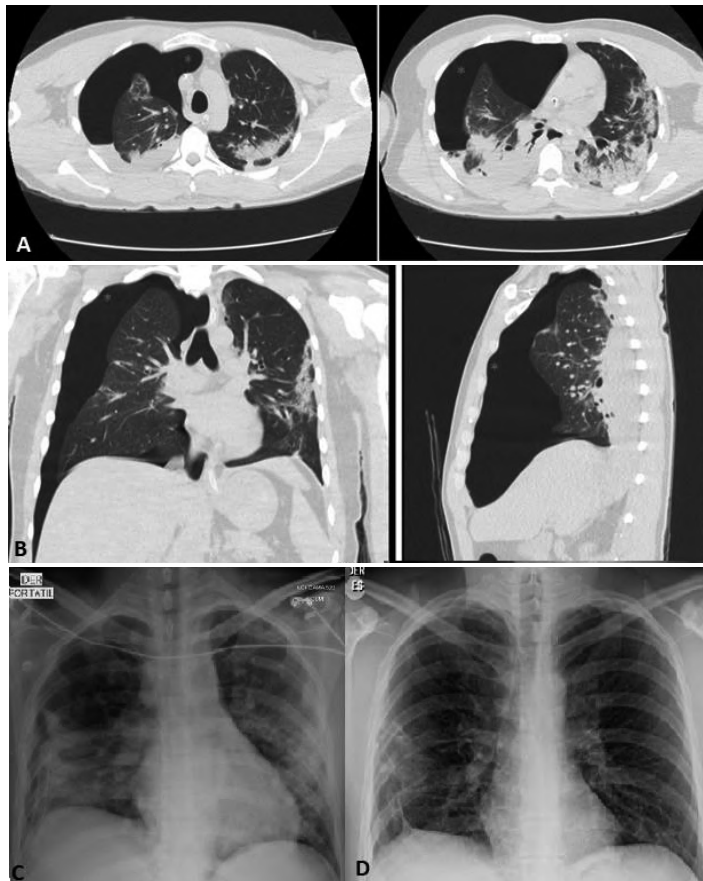
*Residente de Cirugía General Universidad Militar Nueva Granada.

**Médico de urgencias Universidad de los Andes.

***Médico de UCI Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.

Contacto: andres513j@hotmail.com - 3157433411.

Introducción: la enfermedad por SARS-CoV 2 o COVID 19, es una infección viral con afectaciones multiorgánicas, es reconocido principalmente por el daño que ocasiona a nivel pulmonar. Puede generar complicaciones como el tromboembolismo pulmonar y algunas menos frecuentes como el neumotórax, presente en aproximadamente el 1% de los casos. Se reporta el caso de un paciente con neumotórax espontáneo secundario a infección por SARS-CoV2 y se realiza la revisión de la literatura. **Presentación del caso:** se presenta el caso de un paciente joven con diagnóstico de neumonía secundaria a infección por SARS-COV 2 que ingresa a urgencias por deterioro súbito del patrón respiratorio, hemoptisis e hipoxemia, requiriendo ventilación mecánica invasiva y soporte vasopresor. Inicialmente impresión diagnóstica de tromboembolismo pulmonar, sin embargo, mediante Tomografía de Tórax le es documentado neumotórax, el cual es tratado mediante toracostomía cerrada, obteniendo reexpansión pulmonar adecuada con la consecuente mejoría del cuadro del paciente y posterior egreso hospitalario. **Discusión:** Aún se desconoce el mecanismo por el cual se puede generar un neumotórax espontáneo en el curso de una infección por SARS-CoV 2, sin embargo, se propone que la infección puede favorecer el desarrollo de fibrosis pulmonar, lo cual conlleva a la persistencia de la hipoxemia y al requerimiento de oxígeno aun después del periodo de recuperación. Esto sumado a que hasta el 11% de los pacientes con fibrosis pulmonar pueden desarrollar en algún momento neumotórax espontáneo debido a la disminución de la distensibilidad pulmonar, soporta la hipótesis de que esta última podría ser una complicación tanto temprana como tardía del COVID-19.



Tricobezoar ileocecal como presentación de obstrucción intestinal: reporte de caso y revisión de la literatura

Luisa Hernández*
Juan David Lleras**

*Médico General Universidad El Bosque.

**Cirujano General Clínica Chía.

Contacto: dr.hermed@gmail.com - 3007121790.

Introducción: los bezoar se conocen como material no digerible por el tracto gastrointestinal de manera intencional o accidental, los cuales se han descrito como fitobezoar, tricobezoar, farmacobezoar y lactobezoar. Su diagnóstico se puede hacer de manera endoscópica o radiológica y su tratamiento depende de su sintomatología. **Presentación del caso:** paciente femenina de 21 años quien acude al servicio de urgencias por cuadro de 4 días de evolución de dolor epigástrico que posteriormente migra a fosa iliaca derecha asociado a emesis y ausencia de deposiciones. Al examen físico la paciente se encontraba con peristalsis ausente, escasa distensión, dolor a la palpación en hemi abdomen derecho. Se solicitan paraclínicos donde se observa leucocitosis, hipokalemia y radiografía de abdomen con evidencia de niveles hidroaéreos compatible con cuadro de obstrucción. Se indicó manejo médico con sonda nasogástrica sin mejoría y se evidenció posteriormente deterioro de su estado clínico por lo que se realizó laparotomía exploratoria con hallazgos operatorios de tricobezoar intraluminal a 40 cm de la válvula de 15x8cm condicionando. Requirió valoración por psiquiatría quienes identifican trastorno del control de impulsos como causa de la tricofagia. **Discusión:** los tricobezoars son los bezoars más comunes y se ven principalmente en mujeres de sexo femenino menores a 30 años con trastornos psiquiátricos. Nuestro caso tiene como particularidad la presentación clínica inicial como otra patología quirúrgica (apendicitis) la cual por medio del examen físico se llegó al diagnóstico de obstrucción intestinal. Ante deterioro clínico de paciente se requirió manejo quirúrgico, pero es primordialmente endoscópico.



Angina de Ludwig complicada con mediastinitis: reporte de casos y revisión de tema

Garavito Carlos Ernesto Barandica*
Quintero Álvarez Freddy Mauricio**
Acevedo Pérez Daniela María***
Quintero Álvarez David****

*Especialista en Cirugía de tórax, Hospital Universitario de Santander, Docente UIS.

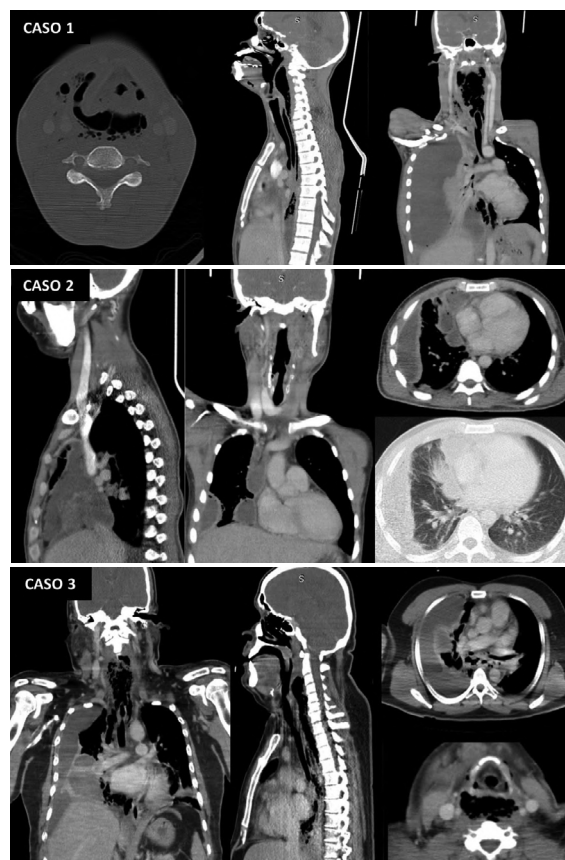
**Residente Especialización en Cirugía General, Universidad Industrial de Santander.

***Médica y Cirujana, Especialista en Epidemiología, Universidad Industrial de Santander.

****Estudiante de pregrado Medicina Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Contacto: damacepe22@gmail.com - 3213717707.

Introducción: la angina de Ludwig es una infección grave y extensa del tejido blando del suelo de la boca de origen odontogénico (90%), se produce por abscesos de segundo y tercer molar, es una celulitis que afecta el espacio sublingual y submandibular, se disemina por contigüidad a los demás espacios. Progresa con rapidez desde el piso de la boca hacia el cuello, y genera inflamación, supuración y necrosis de las partes blandas comprometidas. Constituye una enfermedad poco frecuente, su diagnóstico tardío puede favorecer el desarrollo de complicaciones tempranas, potencialmente fatales de la vía aérea. **Métodos:** se identificaron pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Santander en los años 2018 y 2019 por clínica compatible con angina de Ludwig que se complican con mediastinitis obteniendo 3 casos, se analizaron variables como tiempo de hospitalización, manejo, complicaciones y desenlaces de cada uno de los casos. **Resultados:** los tres casos analizados precisaron reintervenciones quirúrgicas posterior al abordaje quirúrgico inicial debido a la presencia de colecciones residuales. Todos los pacientes requirieron manejo en unidad de cuidado intensivo y estancia hospitalaria y manejo antibiótico prolongado de amplio espectro. En los casos descritos en este trabajo, en pacientes con angina de Ludwig, la cervicotomía, permitió el abordaje del espacio retrofaríngeo. **Conclusiones:** la mediastinitis necrotizante es una patología poco frecuente en la que la supervivencia del paciente depende de un diagnóstico temprano, un manejo quirúrgico y médico adecuado, dirigido y agresivo que puede incluir varios tiempos quirúrgicos y un soporte integral en unidad de cuidado crítico.



Reseccion de quiste gigante del bazo con preservacion esplenica por laparoscopia en poblacion pediatrica: serie de casos

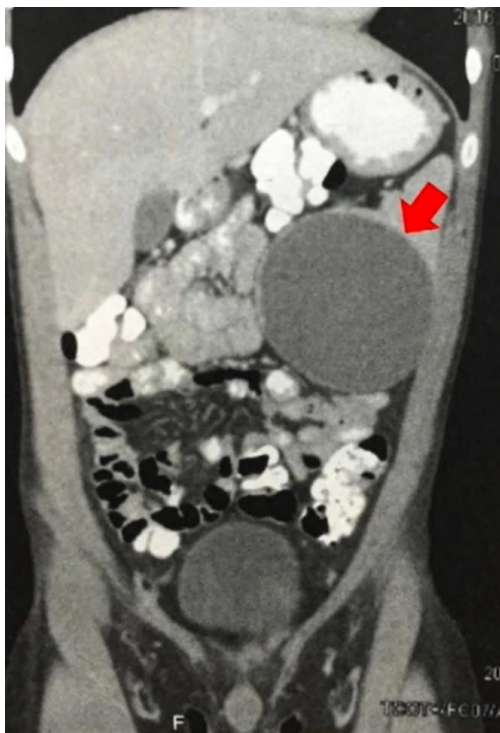
Enna Rodríguez*
Sergio Zavaleta**

*Médico general Clínica a materno Infantil San Luis.

**Cirujano pediatra Clínica Materno Infantil San Luis.

Contacto: erodriguez184@unab.edu.co - 3188135917.

Introducción: el quiste esplénico (QE) puede ser parasitario o congénito. Los QE no parasitarios son raros en niños. 60% son asintomáticos y 30% pueden presentar dolor abdominal, masa palpable, trombocitopenia, saciedad y distensión abdominal. La ecografía y tomografía son útiles en su diagnóstico. El manejo de un QE es controvertido, se han descrito diversas alternativas: esplenectomía total o parcial, drenaje percutáneo y escleroterapia; Se recomienda la preservación del tejido esplénico para evitar la infección post-esplenectomía y el abordaje mínimamente invasivo que ofrece una menor morbilidad. Hay pocos reportes de cirugía de mínima invasión con preservación esplénica para estos casos en Latinoamérica. **Métodos:** Presentamos el caso de tres adolescentes masculinos con clínica de dolor abdominal, saciedad temprana y asimetría de pared abdominal con tumoración solida palpable de hipocondrio izquierdo, la ecografía y tomografía demostraron lesión quística esplénica mayor de 10cm; un paciente tenía manejo previo con drenaje del quiste. Se realizo abordaje laparoscópico con resección del quiste preservando tejido esplénico sano, se utilizaron 4 puertos de trabajo y diseccion con energía tipo ligasure. **Resultados:** los pacientes egresaron en las primeras 48hrs postquirúrgicas, el hallazgo histopatológico mostro quistes esplenicos simples encontrándose en el seguimiento 2 años respectivos asintomáticos y libres de recidivas. **Conclusiones:** la cirugía de preservación esplénica por laparoscopia en el manejo de quistes gigantes mostro en nuestra serie ser una estrategia efectiva y segura.



Reporte de caso: neumotorax a tension en paciente recuperado de infeccion por Sars COV2

Pedro Rafael Correa Calderón*

Adriana Maritza León**

*Md General Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.

**Cirujana General Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.

Contacto: peracoca@hotmail.com - 3017799263.

Introducción: en el abordaje de pacientes con enfermedad activa o recuperada de COVID 19, que presenten disnea súbita e insuficiencia respiratoria, se sospecha que puede estar cursando con la complicación severa más frecuentemente descrita. El tromboembolismo pulmonar, por otra parte, el neumotórax es una causa de disnea poco frecuente en pacientes con COVID 19 y generalmente ocurre en pacientes ventilados mecánicamente. El neumotórax espontaneo a tensión es aún más infrecuente, solo con reportes de caso referenciados ocasionalmente en la literatura. Presentamos un reporte de caso con revisión de tema bibliográfica. **Métodos:** la fuente de información acerca del caso es la base de datos institucional, así como las imágenes diagnósticas, y los datos paraclínicos. **Presentación del caso:** se trata de un paciente de 48 años, que supera la infección por COVID 19 y fue dado de alta, quedando con secuelas estructurales y funcionales. La más importante, la dependencia al oxígeno a bajo flujo. Asiste al servicio de urgencias, 12 días luego del egreso, con disnea progresiva, súbita y se diagnostica neumotórax a tensión, requiriendo toracostomía cerrada, posteriormente requirió reintervención por nuevo neumotórax intrahospitalario y dado de alta a casa 18 días después con su cuadro resuelto. **Conclusión:** la enfermedad por coronavirus tiene una amplia gama de presentaciones, y dentro de nuestro portafolio de diagnósticos diferenciales en el servicio de urgencias debemos añadir esta causa de disnea en pacientes con infecciones activas y convalecientes de la enfermedad, cuyo manejo es estrictamente quirúrgico.

