



P-301 - LESIÓN IATROGÉNICA DE ARTERIA PULMONAR POR INSERCIÓN DE TUBO DE TÓRAX

P. Jimeno Griñó, E. Gil Gómez, P.A. Sánchez Fuentes, R. Brusadín, P. Gil, L. Azcarate Perea, V. García Zafra y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: El drenaje del espacio pleural mediante la inserción de un tubo de drenaje endotorácico es una técnica invasiva habitualmente empleada en la práctica clínica diaria. Las indicaciones más frecuentes de drenaje del espacio pleural son: neumotórax, hemotórax, quilotórax, empiema, derrames pleurales o combinaciones de las anteriores. La gran parte de tubos de tórax colocados corresponden a los posicionados tras cirugía. Sin embargo, al revisar las complicaciones de esta técnica en la literatura observamos que la mayoría ocurren tras la inserción de tubos postraumáticos. La tasa general de complicaciones oscila entre 3,4% y 36%. Éstas se pueden dividir en: por inserción (0% a 7,9%), posicionales (2,4% a 33, y las infecciosas (0,8% a 12%, con empiema en 1,1% a 2,7%).

Caso clínico: Varón de 63 años, diabético insulino-dependiente y esplenectomizado por tráfico sin revisiones vacunales. Ingresa por proceso febril y astenia, diagnosticándose de neumonía nosocomial de lóbulo inferior izquierdo con derrame paraneumónico asociado. Se le realiza drenaje pleural ecoguiado en dos ocasiones por hidroneumotórax izquierdo posterior sin obtener débito significativo a pesar de tratamiento con fibrinolíticos. En TAC torácico de control se objetiva la persistencia de hidroneumotórax posterior izquierdo por lo que se procede a la inserción de tubo de tórax. Bajo infiltración de anestesia local, se procede a la colocación de un tubo del 28 F sobre quinto espacio intercostal con la línea axilar media. Se realiza disección roma, disecando un trayecto oblicuo hacia arriba, a través del tejido celular subcutáneo y los músculos intercostales, siguiendo el borde superior de la costilla. Tras su colocación, presenta sangrado de un litro de forma súbita. Se pinza el tubo y se traslada a nuestro centro de urgencia para valorar intervención. A su llegada el paciente permanece hemodinámicamente estable (TA: 131/84 mmHg, FC; 94 lat/min, Sat O₂; 98%) presentando tubo de drenaje torácico izquierdo con sangre oscura coagulado en su extremo distal, y leve transmisión de latido en zona proximal. Se realiza TAC torácico en el que se observa tubo de tórax en la pared posterior de la arteria pulmonar principal izquierda, sin signos de sangrado activo a este nivel. Mediante toracotomía izquierda se realiza liberación de paquipleuritis y costectomía parcial apreciándose laceración del parénquima pulmonar y trayecto del drenaje, que atraviesa parénquima pulmonar hasta llegar a pasar entre ramas de arteria pulmonar cisural con sangrado procedente de la cara posterior de la misma. Se realiza sutura en bolsa de tabaco mediante Prolene® de 6/0 con teflón englobando la entrada arterial del tubo y se retira el drenaje satisfactoriamente. La evolución posterior transcurrió sin complicaciones siendo dado de alta en el decimoquinto día

postoperatorio.

Discusión: Las complicaciones derivadas de la colocación de un tubo de tórax en la cavidad pleural son frecuentes y en muchos casos clínicamente relevantes. El conocimiento de la técnica así como la identificación precoz y el tratamiento de las posibles complicaciones, pueden ayudar a reducir la morbilidad de este procedimiento.