



262/373 - HEMOTÓRAX TRAUMÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Quintana Cabieces^a, D. Fernández Torre^b, V. González Novoa^a, L. Campo Alegria^c, E. Gil Camarero^d y A. López Delgado^e

^aMédico Residente de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria. ^cMédico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario de Burgos. ^dFEA Pediatría. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. ^eMédico Residente de Neurofisiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 80 años que acude a nuestra consulta de atención primaria por dolor en parrilla costal izquierda tras traumatismo directo por caída en el baño golpeándose en esa zona con el borde del lavabo. Filiación: vive en Santander con su mujer en un 2^o piso con ascensor. 7 peldaños de acceso previo. Funciones intelectuales superiores conservadas. Independiente actividades básicas de la vida diaria. Antecedentes Personales: ACxFA anticoagulado con acenocumarol. Enfermedad de Parkinson.

Exploración y pruebas complementarias: Eupneico en reposo. FC 82 lpm. CyC: presión venosa yugular normal, no palpamos adenopatías. ACP: arrítmico sin claros soplos, leve disminución de murmullo vesicular en base pulmonar izquierda. Palpación de parrilla costal, con dolor puntual a nivel de 9^o y 10^o arcos costales izquierdos, molestia también en musculatura intercostal. EVA 6/10. Abdomen: blando, depresible, indoloro.

Juicio clínico: Hemotórax izquierdo traumático. Fracturas costales izquierdas (9^a y 10^a).

Diagnóstico diferencial: Fracturas costales. Lesiones musculares. Neumotórax.

Comentario final: Se pauta tratamiento analgésico, se informa al paciente de nuestra sospecha de contusión torácica (posible fractura-fisura costal), explicamos los signos de alarma por los que reacerdir a la consulta. El paciente acude de nuevo 3 días después, por empeoramiento del dolor y aparición de disnea progresiva. Realizándose de forma urgente una radiografía de tórax: gran derrame en pleural izquierdo con atelectasia del pulmón subyacente. Posteriormente se derivó el paciente a urgencias, valorado por cirujano torácico quién coloca tubo de drenaje por el que sale 2.300 ml de material hemático. Es fundamental ante traumatismos torácicos, principalmente en contexto de paciente anticoagulado, solicitar una radiografía de tórax urgente, ya que complicaciones como las descritas potencialmente mortales (con tratamiento efectivo, toracocentesis vs toracotomía), son susceptibles de un diagnóstico precoz realizando una correcta anamnesis + exploración física y radiografía simple de tórax.

Bibliografía

1. Wanek S, Mayberry JC. Blunt thoracic trauma: flail chest, pulmonary contusion, and blast injury. *Crit Care Clin.* 2004;20:71.
2. Ullman EA, Donley LP, Brady WJ. Pulmonary trauma emergency department evaluation and management. *Emerg Med Clin North Am.* 2003;21:291.
3. Kohn MA, Hammel JM, Bretz SW, Stangby A. Trauma team activation criteria as predictors of patient disposition from the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2004;11:1.
4. Holmes JF, Ngyuen H, Jacoby RC, et al. Do all patients with left costal margin injuries require radiographic evaluation for intraabdominal injury? *Ann Emerg Med.* 2005;46:232.