



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

199/137 - 'DIGA TREINTA Y TRES'

A. Martín Jiménez^a, J. Andrés Vera^b y M. Gragera Hidalgo^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 35 años sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos que sufre traumatismo torácico cerrado tras accidente de motocicleta por el que, por medios propios, acude a urgencias donde es valorado mediante realización de radiografía de parrilla costal resultando normal y procediendo al alta con analgesia. A las dos semanas vuelve a acudir a urgencias por persistencia del dolor costal izquierdo acompañado de sensación disneica, se realiza radiografía de tórax observándose imagen de condensación en lóbulo inferior izquierdo, el paciente es dado de alta con diagnóstico de neumonía, recomendando antibioterapia, analgesia domiciliaria y seguimiento con su médico en un mes. Una semana después acude a nuestra consulta de Atención Primaria por no mejoría del cuadro, con sensación distérmica y tos. En la exploración destaca la auscultación pulmonar con disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo acompañado de una disminución de las vibraciones vocales. Se decide realizar radiografía de tórax de manera urgente y se visualiza en consulta horas después, observando condensación del lóbulo inferior izquierdo con derrame pleural loculado, por lo que se encomienda al paciente a acudir a urgencias para valoración. En esta tercera visita en urgencias, y ante la historia clínica y los hallazgos radiológicos que se confirmaron mediante tomografía axial computarizada, se decide ingreso a cargo de cirugía torácica donde se realiza drenaje y desbridamiento pleural quirúrgico mediante videotoracoscopia.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física en la consulta motivó a realizar una radiografía de tórax de manera urgente. Posteriormente en centro receptor de urgencias se confirmaron mediante TAC.

Juicio clínico: Empiema pleural.

Diagnóstico diferencial: En la visita a nuestra consulta y atendiendo al antecedente de traumatismo torácico que sufrió, los diagnósticos diferenciales que nos planteamos fueron neumonía, contusión pulmonar, atelectasia y derrame pleural.

Comentario final: La incidencia de empiema en pacientes con trauma de tórax es del 1 al 4,2%, puede desencadenar complicaciones como fibrotórax, atrapamiento pulmonar, neumonía recurrente, disminución de la capacidad pulmonar y en algunos casos la muerte, además del aumento de los costos de atención. La exploración en nuestra consulta y la decisión de realizar una radiografía de tórax fueron claves para no demorar el tratamiento del empiema pleural y así evitar estas

complicaciones más graves. Tal vez la evolución hacia empiema se podría haber evitado recomendando en la primera visita al servicio de urgencias repetir la radiografía de tórax en nuestra consulta, teniendo en cuenta que los hallazgos radiológicos se hacen visibles entre las 24 y 72 horas tras el trauma, y añadiendo antibioterapia profiláctica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mandal AK, Thadapalli H, Mandal AK, Chettipalli U. Post-traumatic empyema thoracis: A 24-year experience at a major trauma center. *J. Trauma* 1997;43:764-77.
2. Salcedo A, Henao CA, Cardonao et al. Factores de Riesgo Para Desarrollar Empiema Postraumático. *Panaman J Trauma Critical Care Emerg Surg.* 2012;1:163-7.
3. Miller DL, Mansour KA. Blunt traumatic lung injuries. *Thorac Surg Clin.* 2007;17:57-61.
4. Sanabria A, Valdivieso E, Gómez G, Echeverry G. Prophylactic antibiotics in chest trauma: a meta-analysis of high-quality studies. *World J Surg.* 2006;30:1343-7.