



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1093 - NO ES SIEMPRE LO QUE PARECE...

M. Castro Tello^a, A. Garrido Vicente^b, S. Rodrigo Brualla^c, M. Guevara Salcedo^d, A. Álvarez Rodríguez^e y M. Vacas Córdoba^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fronteras. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Meco. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canillejas. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Frenos. Torrejón de Ardoz. Madrid. ^fMédico Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 83 años hipertensa, diabética, obesa mórbida y con antecedentes de insuficiencia renal crónica, úlceras por insuficiencia venosa crónica en miembros inferiores (con drenaje y lavado por cirugía hace diez días y en tratamiento con clexane) y anemia por pérdidas digestivas crónicas, acude a centro de salud por aumento de disnea habitual, ortopnea y aumento de edemas. No clínica infecciosa.

Exploración y pruebas complementarias: TA 142/102 mmHg. FC 72 lpm. T^a 33 °C. SatO₂ con g.n. 2 lpm 97%. MEG, palidez cutánea y deshidratación de piel y mucosas. En exploración física: auscultación pulmonar con hipoventilación generalizada, edemas con fóvea hasta rodillas con ulceraciones en cara anterior y tumoración escapular de unos 15 × 15 cm con equimosis en extremo lateral compatible con gran hematoma; resto normal. En analítica, Hb 5,8 (previa 12), plaquetas 100,00 (previa 125.000), coagulación pendiente. Se realiza radiografía de tórax anodina y angioTAC torácico con gran colección hemática en partes blandas de pared torácica de 16 × 10 × 20 cm sin sangrado activo con colección extratorácica que comprime lóbulo inferior izquierdo. A su llegada del TAC, presenta PCR iniciándose maniobras de RCP monitorizándose actividad eléctrica sin pulso, administrándose 3 ampollas de adrenalina sin respuesta. Tras 10 min de RCP es valorada por UCI, quienes recomiendan no continuar con maniobras de RCP dada la situación basal de la paciente e informe vía telefónica de resultado del TAC.

Juicio clínico: Hematoma mediastínico. Plaquetopenia.

Diagnóstico diferencial: Patología tumoral mediastínica y no tumoral (neumomediastino, mediastinitis, síndromes mediastínicos), insuficiencia cardíaca. Púrpura trombocitopénica idiopática.

Comentario final: Este caso clínico nos recuerda la importancia de realizar una exploración física detallada en aras a lograr una buena orientación diagnóstica, contextualizando la sintomatología actual con los antecedentes del paciente. En este caso la paciente consulta por clínica compatible con insuficiencia cardíaca hallándose a la exploración la tumoración escapular, derivándose a

Urgencias. El hemomediastino es la presencia de sangre en el espacio mediastínico, caracterizándose por una clínica variable destacando el dolor retroesternal, disnea, cianosis e ingurgitación yugular.

Bibliografía

1. Mateos Caballero L, Márquez Pérez FL, Antona Rodríguez MJ, Fuentes Ote F. Manejo del paciente con patología mediastínica. Neumosur. 2014. Disponible en:
<http://http://webmail.neumosur.net/files/EB03-20%20patologia%20mediastinica.pdf>

Palabras clave: Hematoma. Mediastino.