



216/57 - UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN URGENCIAS

M. Gómez Sierra^a, S. Romero Ruperto^b, S. Sarra Moreto^c, J. Alonso Aliaga^d, R.P. Bisbal Jover^e y J. Lafuente Pérez^f

^aMédico de Urgencias. UMA Girona Parc Hospitalari Martí i Juliá. Salt. Girona. ^bMédico de Urgencias. Servicio de Urgencias. Hospital de Vall d'Hebron. Barcelona. ^cMédico de Urgencias. Servicio de Urgencias. Hospital del Vendrell. Tarragona. ^dMédico de Familia. ABS Cervera-Guissona. Lleida. ^eMédico Intensivista. Unidad de Semicríticos Hospital de Mollet. Barcelona. ^fMédico. Centro Médico Mapfre Salud. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: MC: paciente de 56 años que acude por dolor torácico, tos y fiebre. AP: fumadora 1 paquete día, no animales domésticos, viaje a Brasil hace 3 meses (2 semanas). EA: refiere desde hace 15 días sensación distérmica y otalgia derecha, por lo que consultó hace 5 días orientándose como otitis e iniciándose tratamiento con amoxicilina. En el día de hoy presenta bacteriemia de 30 min. Duración, tos con expectoración amarillenta, disnea y dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca buen estado general pero con FR 24x', SatO₂ 92%, en auscultación respiratoria presenta hipofonesis en tercio medio de hemitórax izquierdo. Analítica: Hb 10,7 g/dl, Hto 32%, VCM 94,4 fL, leucos 13.510 (N 9.300, L 3.000), plaq 992.000, TQ 72%, fibrinógeno 6,71 g/L, PCR 14,15 mg/dL. Hemocultivos. Cultivo de esputo y antígenos en curso. (finalmente neumococo positivo en cultivo de líquido pleural). Se realiza ecografía pulmonar con hallazgo de derrame pleural complicado imagen de hepatización izquierda y síndrome intersticial difuso en lóbulo inferior derecho.

Juicio clínico: Neumonía bilateral con empiema izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Derrame pleural para neumónico simple. Derrame pleural complicado versus empiema. Neumonía bilateral con derrame pleural. SDRA + derrame pleural. Neoplasia pulmonar con derrame pleural paraneoplásico + sobreinfección neumónica. Con hallazgo de derrame pleural complicado se decidió la no realización de toracocentesis y se solicitó TAC torácico. TAC: colección loculada pleural izquierdo de 20 × 14 cm con gas en su interior compatible con empiema. US derrame pleural. Alta sensibilidad: detecta desde 20 cc. Rx tórax: puede obviar hasta 500 cc. Especificidad del 96%, patrón sinusoidal, signo del cuadrilátero. US neumonía. Hepatización. Derrame pleural asociado 1/3 casos. Imágenes hiperecoicas puntiformes. Diferencia broncograma móvil de atelectasias: Esp. 94%. Líneas B unilaterales < E 99%.

Comentario final: Al ser un hospital de III nivel se avisó a cirugía torácica que colocó tubo torácico sin control ecográfico. En mi opinión se debería hacer con control ecográfico pero en este caso planteamos la utilidad de la ecografía pulmonar en el abordaje de un derrame pleural y la actitud a seguir con o si. Ecografía pulmonar. Teniendo en cuenta que no todos los hospitales cuentan con TAC ni con cirujano torácico 24h. Es una gran herramienta para saber qué pasos debemos seguir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Volpicelli G, Elbarbary M, Blaivas M, et al. International evidence-based recommendations for point-of-care lung ultrasound. *Intensive Care Med.* 2012;38:577-91.
2. Lichtenstein DA, Mezière GA. Relevance of Lung ultrasound in the Diagnosis of Acute Respiratory failure: The Blue Protocol. *Chest.* 2008;134:117-25.
3. IVollmer I, Gayete Á. Revisión Ecografía torácica. *Arch Bronconeumol.* 2010;46:27-34.
4. Colmenero M, García-Delgado M, Navarrete I, López-Milena G. Revisión Utilidad de la ecografía pulmonar en la unidad de medicina intensiva. *Med Intensiva.* 2010;34(9).