

2. Payne S, Adair R, Alvarez J, Heller D, Caggiano A. Aggressive angiomyxoma of the space of Retzius: A case report. *J Low Genit Tract Dis.* 2003;7:304-6.
3. Stutterecker D, Umek W, Tunn R, Sulzbacher I, Kainz C. Leiomyoma in the space of Retzius: A report of 2 cases. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:248-9.
4. Reisenauer C, Walz-Mattmueller R, Solomayer EF, Siegmann K, Wallwiener D, Wehrmann M. Leiomyoma in the Retzius space: A rare cause for voiding difficulties. *Int Urogynecol J.* 2007;18:1229-31.

Juan Félix Molina Granados\*, José Escribano Fernández y Álvaro Alegre Castellanos

Servicio de Radiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: femogramanti@hotmail.com (J.F. Molina Granados).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.06.012

## Hemotórax masivo asociado a trombocitemia esencial después de traumatismo torácico menor

### Massive haemothorax associated with essential thrombocytopenia after a minor thoracic trauma

Los hemotórax masivos postraumáticos son típicamente frecuentes después de traumatismos de gran energía, asociándose a lesiones abdominales o cerebrales. El traumatismo torácico más frecuente es la fractura costal, que puede asociarse a hemotórax, neumotórax o a ambos, según el número de fracturas o su intensidad<sup>1</sup>. Presentamos el caso de un hemotórax masivo que requirió tratamiento quirúrgico asociado a 2 fracturas costales simples en paciente con trombocitemia esencial (TE).

Paciente de 43 años, fumador habitual y diagnosticado de TE a los 30 años, sin tratamiento dada la ausencia de sintomatología y de factores de riesgo cardiovascular, con controles cada 6 meses, acude a urgencias por dolor costal, después de una caída sobre el hemitórax derecho durante un partido de fútbol. A su llegada al hospital el paciente presenta PA de 130/70 mmHg, FC de 65 lpm y saturación de oxígeno del 98% basal. En la exploración física destaca la presencia de crepitación ósea a la altura de la parrilla costal derecha baja, la radiografía de tórax es normal. A las 48 h el paciente consulta nuevamente a urgencias por aumento del dolor torácico asociado a dificultad respiratoria y empeoramiento del estado general. La PA fue de 90/60 mmHg, la FC de 105 lpm y la saturación basal del 89%. La radiografía de tórax demuestra derrame pleural importante (fig. 1) y el estudio analítico muestra los siguientes valores: Hto del 26% Hb de 7 g/l, plaquetas de 657.000/mm<sup>3</sup>. Estudio de coagulación: normal.

Inmediatamente se coloca drenaje torácico, se obtienen 1.500 cm<sup>3</sup> de sangre que presenta anemia progresiva a pesar de la transfusión de 4 concentrados de hemáties. La TC de tórax (fig. 2A) evidencia abundantes coágulos y sangre fresca sin hemorragia activa asociada a fracturas costales del 10.<sup>o</sup> y 11.<sup>o</sup> arco costal.

Después de varias toracocentesis sin obtener sangre y progresiva anemia (Hto 26%, Hb: 8 g/l, plaquetas 643.000/mm<sup>3</sup>), se realiza toracotomía posterior amiotómica y se evacúan abundantes coágulos observándose las fracturas

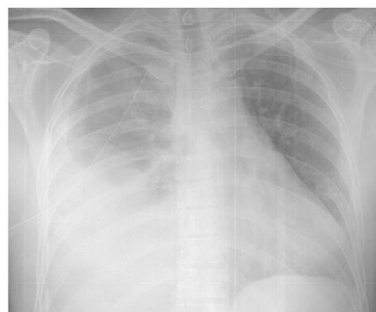


Figura 1 – Radiografía del tórax a las 48 h del traumatismo.

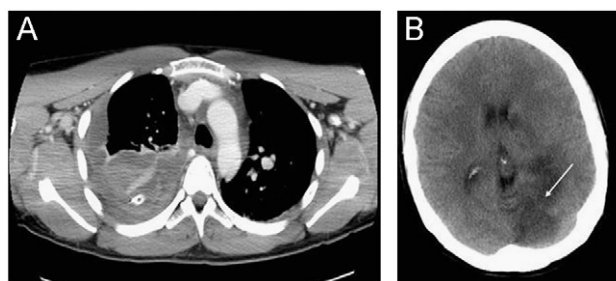


Figura 2 – Tomografía axial computarizada (TAC) que evidencia abundante derrame pleural con coágulos a pesar de drenaje torácico. La TAC demuestra lesión isquémica en el área correspondiente de la arteria cerebral posterior.

costales desplazadas con hemorragia difusa a esa altura, sin lesiones pulmonares, diafragmáticas ni mediastínicas asociadas. Se procede a la evacuación de coágulos, costotomía de los extremos costales fracturados y hemostasia, se consigue la reexpansión pulmonar tras la colocación de 2 drenajes torácicos. A los 2 días presenta hemianopsia derecha con

disartria por lo que se realizó TC craneal (fig. 2B) que demuestra infarto establecido de la arteria cerebral posterior izquierda. La ecografía de los troncos supraaórticos y la ecocardiografía son normales y se inicia tratamiento con 300 mg de ácido acetilsalicílico.

A los 5 días se procedió a retirar los drenajes torácicos y el control radiológico es correcto. La recuperación neurológica es completa decidiéndose alta a domicilio con tratamiento antiagregante y control ambulatorio.

La incidencia de fracturas costales postraumáticas oscila entre el 7 y el 40%. Entre la 4.<sup>a</sup> y la 9.<sup>a</sup> costillas son las más frecuentemente fracturadas, asociándose a lesiones pleuropulmonares, la fractura de las primeras costillas se asocia a traumatismos de alta energía con posible lesión de grandes vasos, mientras que la fractura de costillas bajas (9.<sup>a</sup> a 12.<sup>a</sup>) se asocia frecuentemente a lesiones intrabdominales<sup>2,3</sup>.

La morbilidad y mortalidad asociada a las fracturas costales se incrementa en función del número de costillas fracturadas así como de la edad y el mecanismo de acción del traumatismo. La asociación entre fracturas costales y lesiones pleuropulmonares, como neumotórax, hemotórax o contusión pulmonar parece ser proporcional al número de fracturas costales<sup>3</sup>, aunque existen otros estudios que no identifican dicha relación<sup>2</sup>.

El tratamiento del hemotórax postraumático es, principalmente, mediante la colocación de drenaje torácico, siendo poco frecuente la necesidad de toracotomía de urgencia. La situación clínica del paciente, el débito del drenaje y la radiografía de tórax son claves para dicha indicación<sup>4</sup>.

La TE es un síndrome mieloproliferativo caracterizado por la presencia de un número elevado de plaquetas y por el hallazgo de megacariocitos aumentados a nivel de la médula ósea. Para el diagnóstico de la misma es imprescindible descartar cualquier causa reactiva de trombocitosis, a la vez que se debe descartar cualquier otro síndrome mieloproliferativo que pudiera asociar una cifra elevada de plaquetas. Dicha entidad es el síndrome mieloproliferativo más frecuente y aparece con una media de edad de 60 años. La TE confiere un riesgo aumentado de fenómenos trombóticos, tanto arteriales como venosos, a causa del elevado número de plaquetas a la vez que está también incrementado el riesgo de fenómenos hemorrágicos secundariamente al consumo plasmático de los multímeros del factor de Von Willebrand.

Habitualmente, en la primera década tras el diagnóstico de dicha entidad, aparecen episodios trombóticos entre el 10 y el 50% de los pacientes mientras que los episodios hemorrágicos aparecen minoritariamente en un 4% de los pacientes, motivo por el que nuestro paciente contrastaría con lo que se observa habitualmente<sup>5</sup>.

En nuestro caso, la presencia de TE, asociada a un traumatismo torácico cerrado "menor", entendiéndose como 2 fracturas costales simples, produjo una hemorragia masiva con inestabilidad hemodinámica y presencia de anemia aguda que obligó a toracotomía de urgencia, aunque es muy poco frecuente en fracturas costales simples sin hemorragia activa de vaso intercostal, por todo esto, ante pacientes con alteraciones hematológicas deben ser valorados repetidamente a pesar de lesiones mínimas o de poca intensidad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Saumench J, Aguiló R, Pac J, Padró L, Moya J, Cantó A. Repercusión pulmonar en los traumatismos cerrados del tórax. Arch Bronconeumol. 1985;21:63-6.
2. Ziegler DW, Agarwal NN. The morbidity and mortality of rib fractures. J Trauma. 1994;37:975-9.
3. Sirmali M, Türüt H, Topçu S, Gülhan E, Yazici Ü, Kaya S, et al. A comprehensive analysis of traumatic rib fractures: Morbidity, mortality and management. Eur J Cardiothoracic Surg. 2003; 24:133-8.
4. Parry GW, Morgan WE, Salama FD. Management of haemothorax. Ann R Coll Surg Engl. 1996;78:325-6.
5. Spivak JL, Barosi G, Tognoni G, Barbui T, Finazzi G, Marchioli R, et al. Chronic myeloproliferative disorders. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2003;1:200-24 Review.

Ricard Ramos Izquierdo<sup>a,\*</sup>, Montserrat Arnan<sup>b</sup>, Iván Macia<sup>a</sup>, Francisco Rivas<sup>a</sup> y Anna Ureña<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servei de Cirurgia Toràtica, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat, Barcelona, España

<sup>b</sup>Servei d'Hematologia Clínica, Hospital Duran i Reynals, L'Hospitalet del Llobregat, Barcelona, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ricardramos@ub.edu (R. Ramos Izquierdo).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.04.016

## Esplenopancreatectomía radical modular anterógrada por laparoscopia

### Laparoscopic radical antegrade modular pancreateosplenectomy

El abordaje laparoscópico en la llamada pancreatectomía izquierda, tanto corporocaudal como distal, ya sea con conservación o no de vasos esplénicos, se está posicionando

como el abordaje de elección en casos seleccionados para el tratamiento de lesiones benignas o premalignas localizadas en el cuerpo y cola del páncreas, sobre todo de carácter