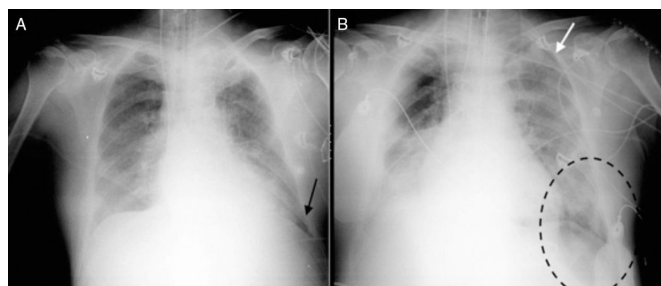


## Caso Clínico

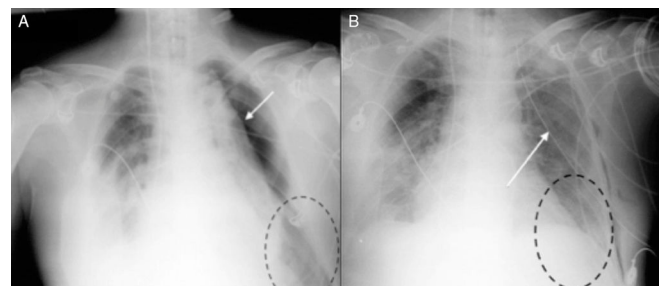
## «Surco costofrénico profundo» en paciente con trasplante cardiaco



## “Deep costophrenic sulcus” in patient with heart transplantation

Antonio Andreu Ruiz<sup>a,\*</sup>, Francisco Sarabia Tirado<sup>b</sup> y Silvia Sánchez Cámara<sup>a</sup><sup>a</sup> Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España<sup>b</sup> Servicio de Radiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

**Figura 1.** Radiografías de tórax AP en decúbito supino. A) Radiografía realizada al ingreso. Se observan ambos senos costofrénicos libres y ausencia de signos de neumotórax. B) Radiografía realizada al tercer día de ingreso. Se observa cómo el ángulo costofrénico izquierdo se hace más profundo (signo del «surco costofrénico profundo» [círculo punteado negro]) y el hemidiafragma menos radioopaco con hiperlucencia basal.



**Figura 2.** Radiografías de tórax AP en decúbito supino. A) Radiografía realizada 2 h después de la radiografía B de la figura 1. Se observa neumotórax total (flecha blanca) y «signo del surco profundo» (círculo negro). B) Radiografía realizada tras colocación de tubo de tórax (flecha blanca). Se observa reexpansión del pulmón y desaparición del signo del «surco costofrénico profundo» (círculo punteado negro). También se observa enfisema subcutáneo.

La radiografía de tórax antero-posterior (AP), al realizarse en decúbito supino, presenta dificultades para evidenciar la presencia de neumotórax. El aire se desplaza hacia el espacio pleural anterior (antigravedad), lo cual limita la traducción en imagen de la línea de interfase entre el aire en cavidad pleural y el pulmón aireado «línea de neumotórax». Conocer el llamado «signo del surco profundo» (consecuencia del desplazamiento del aire hacia el espacio pleural anterior) puede ayudar al diagnóstico de neumotórax.

Varón de 65 años que ingresa en la UCI para control postoperatorio de trasplante cardíaco. Durante los 2 primeros días, buena evolución hemodinámica y respiratoria, con radiografía tórax sin imagen de neumotórax (fig. 1 A). Al tercer día de ingreso presenta desaturación (92%) y aumento de presiones en el respirador, sin deterioro hemodinámico. Se realiza radiografía AP de tórax que evidencia signos de neumotórax izquierdo (fig. 1 B), que no se drena. A las 2 h, empeoramiento respiratorio (saturación de O<sub>2</sub> de 85%) deterioro hemodinámico con PA 81/43 y disminución del gasto cardíaco. Se repite radiografía de tórax que evidencia incremento del neumotórax izquierdo (fig. 2 A). Se coloca tubo de drenaje pleural, sin incidencias, con reexpansión pulmonar (fig. 2 B), mejoría de parámetros respiratorios y hemodinámicos.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aar62l.uci@gmail.com (A. Andreu Ruiz).



**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**