



P-614 - Angioembolización de hemotórax iatrogénico

J. Motos Micó, A. Moreno Serrano, M. Ferrer Márquez, Á. Reina Duarte y R. Rosado Cobián

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: El hemotórax iatrogénico es una complicación poco frecuente tras la colocación de un tubo de toracostomía. Es causado principalmente por la lesión de los vasos intercostales.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 21 años fumador de 1 paquete/día que acude a urgencias por referir dolor torácico súbito punzante en el lado derecho y disnea. A la exploración, consciente y orientado, y hemodinámicamente estable. La auscultación pulmonar objetiva un descenso del murmullo vesicular en la base de hemitórax derecho, sin evidenciar ingurgitación yugular. En la radiografía AP de tórax se aprecia un importante hidroneumotórax derecho con un colapso pulmonar moderado y un nivel hidroaéreo que llega a campo medio pulmonar derecho. Se inserta un tubo de drenaje torácico nº 20 en hemitórax derecho a nivel de 5º espacio intercostal en línea axilar anterior con drenaje de aire y menos de 100 mL seroso no hemorrágico. Antes de ingresar en planta, se comprueba radiológicamente que el tubo está bien colocado y el pulmón derecho reexpande adecuadamente. A las 24 horas, el paciente refiere empeoramiento del estado general con abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho, una tensión arterial 90/60, drenaje de más de 800 mL hemático y más de 400 mL por hora hemático. Se realiza una TAC torácico con contraste endovenoso en el que se objetiva un neumotórax derecho con tubo de drenaje y un voluminoso nivel líquido (hemoneumotórax) que provoca atelectasia compresiva del lóbulo inferior derecho. La cavidad de neumotórax muestra un tracto compatible con bridás sin identificar el foco hemorrágico.

Discusión: Se completa el estudio con Embolización Arterial Intercostal y ante la sospecha de que el origen del sangrado sea las arterias intercostales que limitan el espacio intercostal por el que el tubo de drenaje entra a la cavidad torácica, se decide embolización de la parte distal de las mismas. El débito total es de 2.100 mL hemático y analíticamente presenta una hemoglobina de 8,6 g/dL, precisando de transfusión sanguínea y reposición de la volemia. Durante su postoperatorio, el paciente evoluciona favorablemente tanto desde el punto de vista radiológico como clínico, siendo retirado el tubo a los 10 días. La embolización angiográfica nace como una alternativa efectiva a la toracotomía en pacientes seleccionados, pues evita complicaciones postoperatorias y una alta mortalidad. El manejo conservador consiste en observación, colocación de tubo de tórax, reposición de volemia, control analgésico y, en ocasiones, soporte ventilatorio. En las últimas dos décadas la técnica de angiografía selectiva con localización del vaso sangrante y embolización subsecuente ha sido aceptada y recomendada como tratamiento alternativo en el manejo de pacientes que continúan sangrando pero que responden a reposición volémica. La reciente utilización de angioTAC combinado con TAC con contraste endovenoso permite precisar de forma no invasiva el lugar de sangrado y puede ser seguida por tratamiento quirúrgico o endovascular. En conclusión, en el hemotórax iatrogénico la radiología intervencionista contribuye a un abordaje mínimamente invasivo asociada a bajas complicaciones y una elevada tasa de éxito en pacientes hemodinámicamente estables.