

caso clínico presentado describe nuestra experiencia con un THP grave que evolucionó satisfactoriamente con la aplicación de un manejo clínico conservador (TNO).

La aplicación de TNO es factible y segura en casos seleccionados de THP. La estabilidad hemodinámica, la ausencia de peritonismo y la exclusión de lesiones concomitantes de víscera hueca son condiciones sine qua non para la instauración de un manejo conservador en este grupo específico de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Demetriades D, Hadjizacharia P, Constantinou C, Brown C, Inaba K, Rhee P, et al. Selective nonoperative management of penetrating abdominal solid organ injuries. *Ann Surg.* 2006;244:620-8.
2. David Richardson J, Franklin GA, Lukan JK, Carrillo EH, Spain DA, Miller FB, et al. Evolution in the management of hepatic trauma: a 25-year perspective. *Ann Surg.* 2000;232:324-30.
3. Silvio-Estaba L, Madrazo-González Z, Ramos-Rubio E. Actualización del tratamiento de los traumatismos hepáticos. *Cir Esp.* 2008;83:227-34.
4. Clarke SC, Stearns AT, Payne C, McKay AJ. The impact of published recommendations on the management of penetrating abdominal injury. *Br J Surg.* 2008;95:515-21.
5. Richter RM, Zaki MH. Selective conservative management of penetrating abdominal wounds. *Ann Surg.* 1967;166:238-44.
6. Navsaria PH, Berli JU, Edu S, Nicol AJ. Non-operative management of abdominal stab wounds: an analysis of 186 patients. *S Afr J Surg.* 2007;45:128-30.
7. Demetriades D, Rabinowitz B, Sofianos C. Non-operative management of penetrating liver injuries: a prospective study. *Br J Surg.* 1986;73:736-7.

Zoilo Madrazo González^{a,*}, Arantxa García Barrasaa^a,
Leonardo Silvio Estaba^b, José Manuel Francos Martínez^a y
Emilio Ramos Rubio^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^bServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Consorci Sanitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: zoiluco@yahoo.es (Z. Madrazo González).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.11.008

Hemotórax espontáneo tras rotura de un aneurisma de arteria intercostal

Spontaneous haemothorax after rupture of an intercostal artery aneurysm

La rotura de una arteria intercostal como causa de dolor torácico agudo con hemotórax concomitante es una situación de muy rara incidencia.

Se ha descrito la presencia de aneurismas intercostales en enfermedades como la neurofibromatosis tipo I (enfermedad de von Recklinghausen)^{1,2}, tras traumatismos torácicos³, procedimientos tales como esternotomías⁴, nefrectomías laparoscópicas⁵, reparación de coartación de aorta⁶ o procesos percutáneos sobre la vía biliar⁷.

La rotura espontánea de un aneurisma de arteria intercostal en pacientes sin una etiología determinada es una extrañísima situación, ya que hemos encontrado un único caso similar al nuestro en toda la literatura⁸ y el primero descrito en nuestro país.

Se trata de una varón de 40 años remitido al Servicio de Urgencias de nuestro hospital desde una localidad situada a 80 km. El paciente ingresa en dicho servicio en situación de shock hipovolémico (presión arterial, 60/20; frecuencia cardíaca, 120 lat/min).

No había otros antecedentes clínicos previos salvo que era alérgico a la penicilina.

El paciente había comenzado, 2 h antes, con un dolor agudo en el hemitórax izquierdo de inicio súbito, que se acompañó de la pérdida de conciencia, todo ello ocurrido en su domicilio.

En la radiografía de tórax realizada en el Servicio de Urgencias se objetivó un derrame pleural masivo izquierdo. En las analíticas se apreció un hemograma compatible con hemorragia aguda (hemoglobina, 6,9 g/dl; hematocrito, 27,2%).

Se practicó una toracocentesis en el mismo cuarto de urgencias y se extrajo sangre franca, por lo que se procedió a la colocación de un drenaje 28 F en el quinto espacio intercostal, línea axilar anterior. Se obtuvo, en un primer momento, 2.000 ml de sangre y, dado que la situación clínica del paciente lo permitía, se procedió a la realización urgente de una tomografía computarizada (TC) torácica.

En la TC se apreció un derrame pleural masivo izquierdo con atelectasia del pulmón subyacente, así como una lesión paravertebral en el noveno espacio intercostal izquierdo (fig. 1).

Tras estos hallazgos, y dado que la situación clínica del paciente comenzó a deteriorarse en la sala de radiología, se procedió a realizar en quirófano, y bajo anestesia general e intubación selectiva, una toracotomía posterolateral a través del séptimo espacio intercostal izquierdo.

Se visualizó un hemotórax masivo, con formación de coágulos. Al vaciar la cavidad torácica, se observó un sangrado arterial en jet procedente de una formación de tipo quístico aneurismático en la región del noveno espacio intercostal. Se consiguió controlar dicho sangrado mediante su sutura directa; luego, se realizó la exéresis completa de la formación quística. En el estudio histológico se confirmó la naturaleza aneurismática de esta lesión (fig. 2).

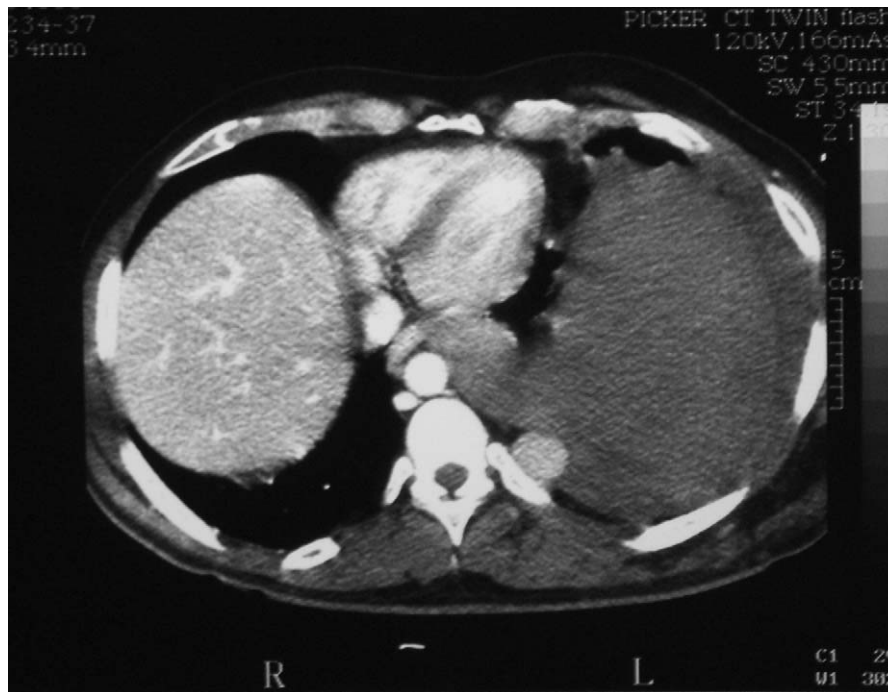


Figura 1 – Aneurisma de arteria intercostal en localización paravertebral izquierda y hemotórax masivo.

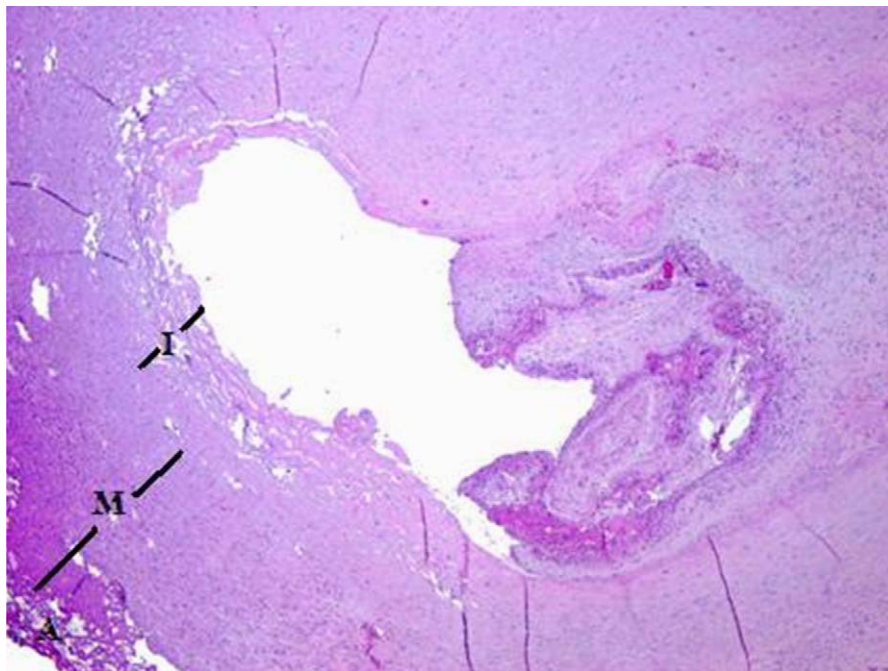


Figura 2 – Visión de la muestra histopatológica ($\times 20$) que muestra las capas arteriales aumentadas de tamaño, compatible con proceso aneurismático (A: adventicia; I: túnica íntima; M: túnica media).

El postoperatorio del paciente fue satisfactorio, si bien requirió de politransfusión de concentrados de hemáties para la recuperación de su anemia posthemorrágica. Fue dado de alta hospitalaria en situación clínica estable a los 4 días de la intervención.

El caso descrito por Töpel et al fue tratado mediante embolización arterial percutánea con colocación de coils intraarteriales y una prótesis aórtica.

Debido a que nuestro paciente venía en una situación hemodinámica muy precaria, se decidió su intervención urgente, dado que no había la posibilidad de espera para montar el instrumental necesario al que hace alusión Töpel.

Si bien el tratamiento que defienden diversos autores es la embolización arterial con coils^{1,2,7,8}, ésta no siempre es efectiva³, por lo que hay que recurrir a la práctica de una toracotomía. Por otro lado, la realización de la toracotomía nos permitió la evacuación de los coágulos intrapleurales, evitando así la posible infección del espacio pleural.

Con este caso, queremos aportar nuestra experiencia en una enfermedad muy poco frecuente, así como cuál fue nuestro proceder ante la situación que se planteó.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chang WC, Hsu H, Chang H, Chen CY. Spontaneous hemothorax caused by a ruptured intercostal artery aneurysm in von Recklinghausen's neurofibromatosis. *J Formos Med Assoc.* 2005;104:286-9.
2. Domínguez J, Sancho C, Escalante E, Morera JR, Moya JA. Percutaneous treatment of a ruptured intercostal aneurysm

presenting as massive hemothorax in a patient with type I neurofibromatosis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2002;124:1230-2.

3. Aoki T, Okada A, Tsuchida M, Hayashi J. Ruptured intercostal artery pseudoaneurysm after blunt thoracic trauma. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2003;51:346-7.
4. Callaway MP, Wilde P, Angelini G. Treatment of a false aneurysm of an intercostal artery using a covered intracoronary stent-graft and a radial artery puncture. *Br J Radiol.* 2000;73:1317-9.
5. Bluebond-Langner R, Pinto PA, Kim FJ, Hsu T, Jarrett TW. Recurrent bleeding from intercostal arterial pseudoaneurysm after retroperitoneal laparoscopic radical nephrectomy. *Urology.* 2002;60:1111.
6. Myerson SG, Pennell DJ. Intercostal artery aneurysm post coarctation repair diagnosed by magnetic resonance angiography. *J Cardiovasc Magn Reson.* 2000;2:137-8.
7. Casas JD, Perendreu J, Gallart, et al. Intercostal artery pseudoaneurysm after percutaneous biliary procedure: diagnosis with CT and treatment with transarterial embolization. *Comput Assist Tomogr.* 1997;21:729-30.
8. Töpel I, Steinbauer M, Paetzel C, Kasprzak PM. Endovascular therapy of a ruptured intercostal artery aneurysm. *J Endovasc Ther.* 2004;11:219-21.

Íñigo Royo Crespo^{a,*}, Raúl Embún Flor^a, Elena Ramírez Gil^a, Patricia Menal Muñoz^a y Ramiro Álvarez Alegret^b

^aServicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ircres@hotmail.com (I. Royo Crespo).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.09.021

Eyaculación dolorosa: una complicación infrecuente de la hernioplastia inguinal

Painful ejaculation: a rare complication in inguinal hernioplasty

El dolor crónico que aparece tras la reparación de hernia inguinal con malla es uno de los problemas más importantes que conlleva esta intervención quirúrgica, que aparece aproximadamente en un 10% de los pacientes^{1,2}.

El dolor inguinal o genital durante la actividad sexual y/o la eyaculación, así como las disfunciones sexuales tras la reparación de hernia inguinal con malla, se han descrito de forma esporádica³, y son poco conocidos como complicaciones de esta intervención. Hasta hace poco se estimaba que la incidencia de esta complicación era del 0,04%⁴. Estudios recientes, basados en amplias series epidemiológicas, han demostrado una prevalencia de este tipo de síntomas por encima de los esperado (el dolor durante la actividad sexual

se presentó en un 22,1% de los pacientes, con dolor moderado o severo en un 2,5%)^{2,3}.

Presentamos un caso de un paciente afecto de dolor inguinal durante la eyaculación, aparecido 1 año tras la reparación de hernia inguinal con malla de polipropileno por vía anterior. Se trataba de un paciente de 32 años, intervenido 2 años antes, que refería dolor intenso durante la eyaculación localizado en la zona de la cicatriz. La sintomatología comenzó 1 año después de la cirugía, con dolor leve durante los movimientos y el ejercicio. La exploración inicial del paciente no reveló alteraciones ni recidiva herniaria. La ecografía resultó normal y se practicó una resonancia magnética que mostraba un conducto deferente