



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-265 - HEMOTÓRAX OCULTOS TRAUMÁTICOS: ¿CUÁNDO Y POR QUÉ LOS DRENAMOS? RESULTADOS DE UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Torrecilla Portolés, Andrea; Calvo, Albert; Llaquet Bayo, Heura; Farré Colomé, Xavier; Farré Alins, Pau; Gracia Román, Raquel; Muñoz Campaña, Anna; Campos Serra, Andrea

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: Se describe como hemotórax traumático oculto aquel que no se observa en la radiografía de tórax de la revisión primaria de la atención al paciente traumático (volumen necesario estimado > 500 ml) pero sí se detecta en una tomografía computarizada posterior. Las guías clínicas actuales recomiendan tratar a todo hemotórax traumático con drenaje torácico. Con el aumento del uso de la tomografía computarizada, ha aumentado considerablemente el diagnóstico de hemotórax ocultos. Recientemente, se ha postulado que sería seguro adoptar una actitud expectante en los hemotórax traumáticos ocultos de pequeño tamaño (< 300 ml), evitando así las complicaciones que supone la inserción del drenaje torácico.

Objetivos: Valorar los factores asociados con la decisión inicial de drenaje de los hemotórax ocultos en nuestro centro. Valorar si cumplimos los estándares de actitud expectante según volumen de hemotórax propuestos en la literatura.

Métodos: Se realiza un estudio observacional longitudinal retrospectivo de pacientes politraumáticos con hemotórax oculto ingresados en la unidad de críticos de nuestro centro entre 2019 y 2023.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes: 80% hombres, con una edad media de 50 años (DE 2,0). 97% de los casos se trataba de un mecanismo cerrado (moto 28%, coche 19%, precipitación 18%), con una mediana de ISS de 23 (DE 1,23), Charlson medio de 1,6 (DE 0,2), con un 7,7% de pacientes anticoagulados y un 8,9% de mortalidad. En un 63% de los casos se acompañaban de neumotórax, en un 84% se acompañaban de fracturas costales y en un 37% de contusión pulmonar. La hemoglobina inicial media fue de 12,2 g/dL (DE 4,1) y la hemoglobina a las 24 horas de 11,0 g/dL (DE 3,1). Hubo un 13% de neumonía nosocomial como complicación en la serie, asociada principalmente a la ventilación mecánica invasiva. El tamaño de los hemotórax ocultos medio fue de 60 cc (DE 12), siendo el mayor de 560 cc. Se drenaron 42 hemotórax (53%). Los dos casos de mecanismo penetrante de nuestra serie se drenaron. Al separar por grupos de tratamiento (drenaje frente a observación), el volumen medio del hemotórax del grupo con tratamiento conservador fue de 24 cc (IC95% 14-36) mientras que en el grupo de drenaje torácico fue de 93 cc (IC95% 55-132 cc). Todos los hemotórax > 150 cc fueron drenados. El volumen del hemotórax (p 0,007) y el neumotórax acompañante (p 0,014) fueron factores asociados con la colocación de drenaje mientras

que la necesidad de intubación, la saturación de oxígeno inicial, la anticoagulación, el número de fracturas costales o la hemoglobina inicial no lo fueron. De los 37 que no se drenaron inicialmente, se acabó colocando drenaje torácico en 3 casos por aumento progresivo del hemotórax. Los 3 casos eran pacientes no intubados, no anticoagulados, con múltiples fracturas costales (> 5), neumotórax ipsilateral (2 casos) y contusión pulmonar (1 caso).

Conclusiones: En nuestro centro se drenan todos los hemotórax ocultos traumáticos > 150 ml. Los factores asociados a la colocación de drenaje pleural son el volumen del hemotórax y la presencia de neumotórax ipsilateral.