



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/55 - CUANDO LA PATOLOGÍA TARDA EN DAR LA CARA

V. Correa Gómez¹, S. Gómez Rodríguez²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda, Jaén, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle Puerto Real. Cádiz. Andalucía.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 38 años, camionero, con antecedentes personales de alergia a ácaros e hipertransaminemia. No alergias medicamentosas conocidas. Fumador (40 paquetes/año). No tratamiento farmacológico habitual. Acudió a consulta de Medicina Familiar y Comunitaria por disnea a moderados esfuerzos de 2 semanas de evolución, sin ortopnea ni disnea paroxística nocturna. Tos y expectoración mucopurulenta habitual. Afebril. En ocasiones escupía sangre con la saliva, que atribuyó a sangrado de encías. Negaba hemoptisis y traumatismo costal.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, con buena coloración y eupneico. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica sin soplos y con abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho hasta campo medio. Percusión mate de hemitórax derecho hasta campo medio. No edemas de miembros inferiores. Se decidió hacer una radiografía de tórax de urgencia evidenciando un colapso pulmonar derecho con derrame pleural y se derivó a urgencias hospitalarias para continuar estudio. Tras negar inicialmente traumatismo previo, la esposa refirió un episodio de dolor costal y disnea 6 meses antes en relación a esfuerzo en el trabajo, por lo que no consultó. Se realizó toracocentesis con obtención de líquido pleural tipo exudado hemático. TC torácico con derrame pleural derecho masivo que ocasionaba desplazamiento moderado de estructuras mediastínicas hacia el lado contralateral y callo de fractura antigua en arco posterior de 7^a costilla derecha.

Juicio clínico: El diagnóstico finalmente fue de hemotórax retenido por fractura costal sin traumatismo. Se colocó drenaje torácico obteniéndose 3.500 cc de líquido hemorrágico y se ingresó en Cirugía Torácica para realizar limpieza de cavidad y decorticación videotoracoscópica (VATS) derecha. Evolución favorable con reexpansión pulmonar completa sin cámaras ni derrames.

Diagnóstico diferencial: Para el diagnóstico diferencial inicial debemos pensar en causas que produzcan disminución del murmullo vesicular y matidez a la percusión como el derrame pleural, el hemotórax, la condensación pulmonar y ascenso del diafragma por empuje de masa intraabdominal o parálisis hemidiafragmática. Partiendo de esos posibles diagnósticos se realiza una anamnesis más completa. De todas formas será necesaria la radiografía de tórax para el diagnóstico de confirmación.

Comentario final: Cuesta creer que el origen del hemotórax en este paciente comenzara 6 meses atrás y, sobre todo, sorprende lo bien tolerada que era la clínica por parte de éste, quizás condicionado por ser un varón joven, con poca actividad física y gran fumador. El hemotórax retenido consiste en la persistencia de las colecciones hemáticas intrapleurales, un fenómeno patológico muy infrecuente en el trauma torácico. La

sangre dentro del espacio pleural tiende a coagularse, posteriormente desarrollando procesos de angiofibroplasia y cicatrización intracavitaria densa, lo cual puede ocasionar alteraciones importantes en la mecánica ventilatoria, intercambio de gases y en la aclaración de secreciones. El tratamiento ideal es una VATS precoz, efectuada durante la primera semana del diagnóstico.

Bibliografía

Porcela JM, García-Gil D. Urgencias en enfermedades de la pleura. Rev Clin Esp. 2013;213(5):242-50.

Cortes-Telles A, Morales-Villanueva CE, Figueroa-Hurtado E. Hemotórax: etiología, diagnóstico, tratamiento y complicaciones. Rev Biomed. 2016;27:119-26.