



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2582 - Una Rally de alto impacto

E. Abreut Olsen<sup>a</sup>, R. López Sánchez<sup>a</sup>, P. Bermúdez Martí<sup>b</sup>, A. Azagra Calero<sup>c</sup>, A. Grasun<sup>d</sup>, E. Grasun<sup>e</sup>, A. García Martínez<sup>f</sup>, J.J. Parra Jordán<sup>c</sup>, R. Segura Granda<sup>g</sup> y S. Neila Calvo<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. <sup>g</sup>Médico de Familia; <sup>h</sup>Internista. Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 59 años, acude al Urgencias tras ser alcanzado por un coche en actividad deportiva (Rally de Cantabria) recibiendo impacto de alta energía en región toracoabdominal, posterior dolor intenso en hemitórax derecho-abdominal. Niega fiebre, náuseas o emesis. Sin antecedentes personales de interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** Alerta, orientado, consciente (ECG 15), eupneico. Afebril, TA 120/60, FC 80 lpm, SatO2 96%. ACP: rítmica sin soplos, MVC. Tórax: dolor palpación 6-9 arcos costales derechos, no volet costal. ABD: dolor difuso a la palpación, más intenso en HD. No masas ni megalias, RH+. Resto anodino. Realizamos Rx tórax: visualizamos cuatro arcos costales fracturados, decidiéndose solicitar TC tórax-abdomen-pelvis. TC: Mínimas contusiones pulmonares bilaterales, fractura arcos costales derechos 6-9, extensa laceración hepática, abundante cantidad de líquido libre periesplénico sugiriendo lesión esplénica y hemoperitoneo de moderada cuantía. Avisamos a cirugía general quienes consideran manejo conservador y posteriormente a UCI para control de la estabilidad hemodinámica. El paciente recibe sueroterapia y analgesia con opioides, siendo dado de alta tras 72h de vigilancia en UCI y 48h en C. General, sin signos de hemorragia activa interna reflejados en analítica y ecografía. El paciente acudió a consultas externas de cirugía posteriormente para control ecográfico abdominal.

**Juicio clínico:** Politraumatismo. Laceración hepática. Hemoperitoneo moderado. Fracturas costales. Contusión pulmonar leve.

**Diagnóstico diferencial:** Fractura ósea. Lesión víscera sólida.

**Comentario final:** Ante paciente que recibe un trauma de alto impacto hay que descartar lesiones de víscera sólida. Frecuentemente afecta al hígado por su voluminosidad, asociándose a lesiones homolaterales: fracturas costales, contusión pulmonar o lesión renal. Actualmente el manejo conservador prioriza si existe estabilidad hemodinámica de forma independiente al grado de lesión. Con respecto a la lesión esplénica, manejo conservador en grados I-III, quirúrgico IV-V. Es importante la monitorización de constantes c/4h y control del hematocrito c/12h. Tras vigilancia hospitalaria, el paciente puede ser dado de alta con reposo y control ecográfico en un mes.

## Bibliografía

1. Jorge Lavanderos F, Carlos Cárcamo I. Artículo de actualización. Traumatismo hepático. Cuad Cir. 2011;25:43-51.
2. Hilario Barrio A, Borruel Nacenta S. Manejo conservador de las lesiones esplénicas: experiencia en 136 pacientes con traumatismo esplénico cerrado. Radiología. 2010;52:442-9.

**Palabras clave:** *Lesión víscera sólida. Trauma alta energía. Manejo conservador.*