



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4366 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBSEGMENTARIO (TPS) SECUNDARIO FRACTURAS (FX) COSTALES

R. Rodríguez Sánchez^a, Á. Rodríguez de Cossio^b, B. Liarte Barrueco^b y A. Monzou Merchán^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Pintores-Parla. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Rivota. Alcorcón. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años, refiere accidente de moto hace 5 días mientras circulaba a baja velocidad, fue arrollado por otro vehículo, cayendo sobre costado derecho. Desde entonces, ha estado en su domicilio con auto administración de analgesia (paracetamol 1 g alternando con dextetoprofeno 25 mg), realizando con relativa normalidad actividades cotidianas. No ha presentado clínica respiratoria. Acude al Centro de Salud por mal control del dolor que ha aumentado hace 24 horas.

Exploración y pruebas complementarias: No fumador. Enfermedad de Crohn. No tratamiento habitual. T^a: 36,5 °C, TA 152/100 mmHg, Sat 98%, FC 102 lpm. ACR: normal. Hematoma en región clavicular derecha. Dolor a la palpación de últimos arcos costales derechos y tercio externo clavicular. Hematoma en hemitórax derecho. Dolor a la palpación y la movilización de hombro derecho en abducción y rotación interna, y a la palpación torácica. No dolor con la tos ni la inspiración profunda. Se deriva a Urgencias para valoración. PCR 31,80 mg/L. Dímero D 1,34 µg/ml. Resto de analítica normal. AngioTAC de arterias pulmonares urgente: defecto de repleción en rama segmentaria anterior del LSI. FX de clavícula derecha no desplazada. Fx de arcos costales derechos no desplazadas (1, 2, 4, 5, 6, 7). Ingreso hospitalario.

Orientación diagnóstica: TPS secundario a FX costales. FX no desplazada de 1/3 de clavícula derecha y de 1°, 2°, 4°, 5°, 6°, 7° arcos costales derechos.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax espontáneo. Asma bronquial. Osteocondritis.

Comentario final: Las FX múltiples son las lesiones más frecuentes en los traumatismos torácicos. Cursa con dolor torácico de características pleuríticas, tos, a veces disnea, pudiendo ser causa TPS. El método diagnóstico de elección: Angio-TC pulmonar. Nuestro paciente inicia durante el ingreso tratamiento con rivaroxabán (15 mg/12h durante 3 semanas, posteriormente 20 mg/día hasta completar 3 meses). Para control del TBS, debido a buena evolución, se decide alta con control 3 meses. En los aislados TBS (sin TVP proximal) se recomienda vigilancia clínica, sobre anticoagular si el riesgo de recurrencia es bajo y anticoagulación sobre vigilancia si es alto.

Bibliografía

1. Kearon C, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Chest Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2016;149(2):315-52.

Palabras clave: Tromboembolismo. Traumatismo. Fracturas.