

extensor corto del pulgar y por tanto orienta hacia el diagnóstico de rotura del mismo. El tendón del extensor corto del pulgar *extensor pollicis brevis* (EPB) se origina en la cara posterior del radio y la parte adyacente de la membrana interósea, distal al tendón abductor largo del primer dedo *abductor pollicis longus* (APL). Se inserta en la cara posterior de la base de la falange proximal del primer dedo tras pasar por debajo del retináculo extensor³. Su función principal es la extensión de la articulación metacarpofalángica del primer dedo, aunque también contribuye a la abducción de dicho dedo y del carpo, así como estabiliza dicha articulación³. La función del tendón, por tanto, justifica que la paciente sea capaz de realizar la oposición y la lateralización del primer dedo, pero no la extensión del mismo. La rotura del tendón extensor corto del pulgar es rara^{4,5}, aunque se han descrito casos de rotura espontánea en deportistas⁴, asociadas a lesiones de tejidos blandos de la articulación metacarpofalángica del primer dedo que conllevarían la rotura traumática del tendón del extensor corto del pulgar⁴, y secundarios a fracturas de la apófisis estiloides del radio⁵, como consecuencia del daño que provoca dicha fractura sobre el tendón.

La formación adecuada en ecografía músculo-esquelética, que permite la valoración en tiempo real, y la comparación con el lado contralateral, muy importante para la confirmación o no de enfermedad, como el caso que se presenta, es fundamental hoy día para los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria. Con la práctica y el estudio adecuados se puede llegar a un buen manejo de la ecografía músculo-esquelética en atención primaria.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

El presente manuscrito no ha recibido financiación alguna.

Bibliografía

1. Sans N, Lapègue F. Ecografía musculoesquelética. Barcelona: Elsevier-Masson; 2011. p. 102-13.
2. Hernández Díaz C. Mano y muñeca. En: Ventura Ríos L, editor. Manual de ecografía musculoesquelética. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 56-65.
3. Jabir S, Lyall H, Iwuagwu FC. The extensor *pollicis brevis*: A review of its anatomy and variations. *Eplasty*. 2013;13:267-77.
4. Fujimoto T, Tanase Y, Oribe T, Watanabe Y. Spontaneous rupture of the extensor *pollicis brevis* tendon in a baseball pitcher: A case report. *Ups J Med Sci*. 2009;114:189-92.
5. Sciberras N, Scott T. A fracture of the radial styloid associated with proximal avulsion of abductor *pollicis longus* and extensor *pollicis brevis*. *BMJ Case Rep*. 2012;2012, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr.12.2011.5295>

M. Sánchez-García^{a,*}, M.B. García-Andrés^b, I.G. Tomoiu^a y J.A. Delgado-Casado^a

^a Centro de Salud Ciudad Real II, Ciudad Real, España

^b Centro de Salud Piedrabuena, Piedrabuena, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fenetra.444@hotmail.com (M. Sánchez-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.06.002>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Empalamiento torácico. A propósito de un caso



Chest impalement: Presentation of a case

En nuestro medio, los traumatismos torácicos constituyen un problema frecuente (de la mortalidad total del trauma, un 75% se debe a trauma torácico en general), no así el traumatismo torácico penetrante; de entre ellos¹, las heridas por empalamiento (herida penetrante causada por un objeto inciso-punzante, de forma que este queda incorporado en el cuerpo del sujeto, atravesándolo), son una causa poco habitual de atención médica, si bien presentan lesiones muy dramáticas y espectaculares². Las causas principales son los accidentes laborales o de tráfico y se asocian a una alta mortalidad, por las lesiones asociadas que conllevan, fundamentalmente de los grandes vasos.

Presentamos un caso de empalamiento³ torácico en un varón de 50 años (sin antecedentes personales de interés conocidos) que sufrió un accidente de tráfico, su vehículo fue despedido contra un puente, la parte superior de la pasarela del mismo (un tubo de 8 cm de diámetro) atravesó el parabrisas y se enclavó en el hemitórax derecho, justo por debajo de la clavícula.

Caso clínico

A la llegada del equipo de urgencias del centro de salud se encontraban las Fuerzas de Seguridad del Estado, que hacían de la zona un lugar seguro.

El paciente estaba sentado en el coche, presentando un cuerpo extraño enclavado que atravesaba el hemitórax derecho en el eje anteroposterior. Se encontraba consciente

y orientado. Se procedió a inmovilización de la columna cervical con collarín y control cervical bimanual.

A excepción del cuerpo extraño no había anomalías en la movilidad del tórax, presentaba una frecuencia respiratoria de 16 rpm. En la auscultación: disminución del murmullo vesicular en el hemitórax derecho, con discreto soplo tubárico inspiratorio, saturación de oxígeno (respirando aire ambiente) del 94%, se escuchan ruidos de entrada y salida de aire por los extremos del tubo sugestivo de neumotórax aspirativo, así como una mínima crepitación subcutánea a la aplicación del estetoscopio indicio de enfisema subcutáneo.

Tonos rítmicos a 80 spm, TA 110/65, Fc 80 spm, pulso axilar y radial presentes, escala del coma de Glasgow de 15 puntos, pupilas isocóricas y normorreactivas. En la exposición se objetiva el cuerpo extraño con una herida de entrada subclavicular sobre la 2-3.^a costilla hasta la 7-8.^a y una herida de salida paraescapular derecha, con trayecto ascendente, sin afectación de columna vertebral.

La atención inicial al paciente traumatizado grave se debe realizar mediante una metodología denominada «valoración primaria», que sigue el procedimiento del A, B, C, D, E; y «una valoración secundaria». En este paciente se usó esta sistemática de asistencia.

Previa a la extricación, además de la inmovilización con collarín cervical, se realizó un adecuado control cervical bimanual, se canalizó vía venosa periférica, y se administró analgesia con 2 mg de cloruro morfíco al 10% intravenoso, se colocó en tabla espinal larga, posteriormente los bomberos realizaron la extricación del herido en posición de decúbito lateral izquierdo, debido a la ubicación del cuerpo extraño en el paciente.

Una vez fuera del vehículo se perfundieron 250 ml de suero fisiológico, y se administró oxígeno con mascarilla reservorio a un flujo de 12 lpm.

A la llegada del equipo de emergencias ante la evidencia de un neumotórax aspirativo se procedió al sellado de las heridas de entrada y salida con gasas vaselinadas y campo estéril plástico. A la vez que se sellan también ambos extremos del tubo, inicialmente con varios apósitos de poliuretano, que son recubiertos posteriormente con venda adhesiva y guantes de látex que se pegan al extremo del tubo. Se colocaron dispositivos de fortuna que hacían funciones de válvulas tipo Heimlich (se pinchan ambos sellados con catéter iv; un Abbocath n.º 14, al que se coloca «dedo de guante») que resultan funcionantes.

Se valoró la intubación orotraqueal (IOT) electiva, que se consideró de muy alto riesgo en el medio extrahospitalario, por la posición del paciente, ya que habría que utilizar 2 camillas de igual altura dejando espacio entre ambas para el extremo posterior del tubo para efectuarla en decúbito supino. Valorando riesgo/beneficio finalmente se optó por no hacerlo y realizarla —en caso de complicación durante el traslado— en posición de decúbito lateral izquierdo, mediante laringoscopia óptica.

Tras estas medidas se obtienen saturaciones constantes del 100%, Fc 80x' y TA de 120/70.

Seguidamente se procede a la valoración secundaria, donde solo es destacable herida de defensa en mano izquierda con amputación traumática del 2.º metacarpiano,

y se realiza limpieza y vendaje compresivo con elevación de dicha extremidad.

Se pautó sedoanalgesia continua (perfusión de midazolam a 5 mg/h y fentanilo a 4 µg/kg/h) consiguiendo un adecuado nivel de sedoanalgesia, sin afectación respiratoria ni hemodinámica.

Una vez concluida la valoración y medidas iniciales, se prepara al paciente para la evacuación, efectuando inmovilización definitiva en bloque del cuerpo extraño mediante paquetes de gasas. Y del paciente en decúbito lateral izquierdo mediante colchón de vacío rellenando huecos anatómicos.

Se realiza traslado a centro útil en helicóptero volando a baja cota (< 600 pies de altura, lo que equivale a 182,88 m) para evitar expansión de gases, a la vez que efectos hemodinámicos adversos por la altura.

En el hospital se procedió a la extracción del objeto enclavado, con lobectomía superior del pulmón derecho, evoluciona sin complicaciones.

Discusión

La espectacularidad del trauma lleva muchas veces a actuar inadecuadamente, por lo que un correcto manejo prehospitalario en conjunto, con un precoz y estructurado manejo intrahospitalario, son fundamentales para una correcta evolución⁴. Es por ello que la adecuada formación de los médicos de familia que realizan guardias es fundamental, ya que son los primeros en llegar a la escena. Las maniobras prehospitalarias se enfocan para dar un soporte vital adecuado y en el manejo de la herida, identificando y tratando lesiones con riesgo vital inmediato. Se debe tener presente que esta clase de trauma involucra energía de gran intensidad, por lo que a las lesiones de un traumatismo abierto se deben sumar las de uno cerrado. Es importante no extraer el objeto, ya que supondría suprimir el efecto tapón ejercido sobre los vasos lesionados^{5,6}. La naturaleza del objeto, la fuerza y la dirección de la penetración, la puerta de entrada y la localización de la punta, dictarán la magnitud de las lesiones, dándonos la clave de qué órganos pueden estar lesionados⁷. Eventualmente se necesitará cortar el objeto, para esto se deben usar herramientas de mano para un mayor control. El traslado debe ser rápido. La posición del paciente para el transporte la determina la localización del objeto, su tamaño y trayectoria. El tratamiento definitivo es quirúrgico⁴.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Kuhajda I. Penetrating trauma. *J Thorac Dis.* 2014;6:461-5.
2. Lunca S, Morosanu C, Alexa O, Perteu M. Severe thoracic impalement injury: Survival in a case with delayed surgical definitive care. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2015;21:152-6.
3. Gil Vázquez PJ, Jimeno Griño P, Munitiz Ruiz V, Ruiz de Angulo D, Parrilla Paricio P. Manejo de empalamiento torácico y cervical por barra de acero. *Cir Esp.* 2015;93:836.
4. Morales JL, Arriagada R, Gómez J, Santana R, Martel K, Morales C. Empalamiento tóraco-abdominal: Reporte de un caso. *Rev Chil Cir.* 2009;61:366-9.
5. Rosat A, Sánchez JM, Chocarro C, Barrera M. Impalement injury by glass shard with delayed colonic perforation. *Pan Afr Med J.* 2015;31:330.
6. Oya S, Miyata K, Yuasa N, Takeuchi E, Goto Y, Miyake H, et al. Impalement injury to the left buttock with massive bleeding: A case report. *Nagoya J Med Sci.* 2013;75:147-52.
7. Guerra S. Actitud prehospitalaria ante el paciente empalado. *Emergencias y catástrofes.* 2000;1:168-73.

V. Gómez Martínez^{a,*}
y M. Sánchez González^b

^a Servicio Normal de Urgencias, Barrio Atlántico, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

^b Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, Distrito Sevilla, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vgmest@yahoo.com

(V. Gómez Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.025>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Evolución inusual de fiebre Q. A propósito de un caso



Unusual evolution of Q fever. Case report

La fiebre Q es una zoonosis de distribución mundial que afecta a diversas especies animales y de modo accidental al hombre.

Presentamos el caso de un paciente varón de 62 años, fumador de 10 paquete/año, bebedor de 2 l de cerveza al día (2 UBE), hipertenso, dislipidémico y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En tratamiento con valsartán 320 mg e hidroclorotiazida 12,5 mg.

Hace 2 años fue derivado al servicio de Digestivo tras el hallazgo de hipertransaminasemia y hepatomegalia para estudio, dado de alta con diagnóstico de esteatosis hepática en probable relación con el alcohol, recomendándose cese del consumo de este.

El paciente acude a nuestra consulta de Atención Primaria de manera urgente refiriendo mal estado general y sensación distérmica de 4 días de evolución.

Exploración física: presión arterial 103/62 mmHg, frecuencia cardíaca 95 lpm, fiebre 38 °C, saturación de oxígeno basal 99%. Normohidratado, con ictericia conjuntival.

Auscultación cardiopulmonar: eupneico, murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos.

Abdomen globuloso, tenso, dolor a la palpación en el epigastrio y el hipocondrio derecho, Bloomberg y Murphy negativos, hepatomegalia de 2-3 traveses de dedo, ruidos intestinales conservados. No edemas distales, no signos de trombosis venosa profunda. Combur test: orina colúrica.

Ante los hallazgos de fiebre e ictericia, se deriva a Urgencias hospitalarias, donde le realizan las siguientes pruebas complementarias.

Hemograma: hemoglobina 14,8 g/dl, hematocrito 44,8%, plaquetas 142 10E3/ μ l, leucocitos 12.500 10E3/ μ l, neutrófilos 83,1%, linfocitos 8,9%. Coagulación: INR 1,24, ATP 72%. Bioquímica: glucosa 83 mg/dl, urea

132 mg/dl, creatinina 2,51 mg/dl, sodio 136 mmol/l, potasio 4,42 mmol/l, bilirrubina total 9,40 mg/dl, bilirrubina directa 8,20 mg/dl, bilirrubina indirecta 1,20 mg/dl, aspartato aminotransferasa 248 U/l, alanina aminotransferasa 231 U/l, gamma glutamiltransferasa 333 U/l, fosfatasa alcalina 327 UI/l, lactato deshidrogenasa 366 U/l, osmolalidad 298 mOsm/kg, proteína C reactiva 24,31 mg/dl.

Con el hallazgo de hepatomegalia, ictericia y alteración de las pruebas del perfil hepático, se planteó un diagnóstico diferencial inicial (tabla 1) y se le realizó una ecografía de abdomen, donde se objetiva esteatosis hepática moderada y hepatomegalia¹.

El paciente fue ingresado en el servicio de Digestivo para continuar estudio, con el diagnóstico inicial de hepatitis aguda alcohólica vs. sepsis. Se le realizó una nueva entrevista clínica donde el paciente refirió tener un perro con correcto control veterinario y acudir a una huerta los fines de semana, por lo que no se pudo descartar picaduras de insectos o parásitos, además de haber consumido queso fresco sin control sanitario. Desde este servicio se solicita una segunda bioquímica con inmunología y una tomografía computarizada (TAC) para completar estudio.

En la bioquímica destacan: urea 139 mg/dl, creatinina 2,69 mg/dl, triglicéridos 226 mg/dl, bilirrubina total 7,17 mg/dl, bilirrubina directa 6,60 mg/dl, bilirrubina indirecta 0,57 mg/dl, aspartato aminotransferasa 515 U/l, alanina aminotransferasa 253 U/l, gamma glutamiltransferasa 233 U/l, fosfatasa alcalina 205 UI/l, lactato deshidrogenasa 762 U/l, hierro 15,9 μ g/dl, ferritina 2.273 ng/ml.

La TAC de abdomen con contraste: hígado megálico con bajos niveles de atenuación de forma difusa (esteatosis). Vesícula y vía biliar, sin anomalías. Riñones de tamaño y grosor conservados, con presencia de edema perirrenal bilateral. Ateromatosis de aorta. Diverticulosis de colon descendente y sigma.

Durante la estancia hospitalaria, el paciente se inestabiliza hemodinámicamente, con importante descenso de la presión arterial, por lo que es ingresado en la Unidad de Medicina Intensiva, administrándole tratamiento antibiótico