Caso	(544) Hemotórax iatrogénico en paciente politraumatizado
Autores	Ricardo Ignacio Gómez Miranda, J López Mareca; Ji Gracia García; E Heredia Lacasa; J Sainz Sánchez; J García Maroto
Centro	Hospital Universitario Miguel Servet

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 89 trasladado al servicio de urgencias por dolor torácico y disnea tras sufrir un accidente de tráfico. Entre sus antecedentes destacaba una cardiopatía estructural de predominio valvular siendo portador de marcapasos y estar en tratamiento anticoagulante.

A su llegada a urgencias se le realizó una radiografía de tórax, una parrilla costal y una TC toraco-abdominal en la que se evidenciaron fracturas de manubrio y cuerpo del esternón (con pequeño hematoma mediastínico retroesternal asociado), fractura escapular izquierda, del I arco costal izquierdo y en la apófisis transversa de C7. Además presentaba derrame pleural bilateral de predominio izquierdo con colapso pasivo del lóbulo inferior ipsilateral. Con estos resultados se decidió manejo conservador con ingreso en planta.

Requirió la colocación de cuatro tubos de drenaje torácico, precisando a los siete días una nueva TC urgente por presentar hemotórax con débitos altos de drenaje, sospechando posible traumatismo pulmonar iatrogénico. El estudio mostró un aumento del derrame pleural izquierdo con componente hemático sugestivo de hemotórax con colapso pasivo de la práctica en su totalidad del parénquima pulmonar, confirmándose así la sospecha diagnóstica.

DISCUSIÓN

Nos encontramos ante un caso de hemotórax como complicación iatrogénica de tubos de toracostomía en un paciente politraumatizado.

Los procedimientos de toracostomía a pesar de ser procedimientos frecuentes asocian una serie de complicaciones posibles, tempranas o tardías (antes o después de las 24 horas tras la colocación del tubo), con un frecuencia que varía desde un 6 a un 37%. De las posibles localizaciones de las complicaciones las pulmonares son las más frecuentes, teniendo alto riesgo el hemotórax y la laceración pulmonar, debiendo considerar también en caso de sospecha de iatrogenia el infarto pulmonar, la colocación subcutánea del tubo o la aparición de infecciones.

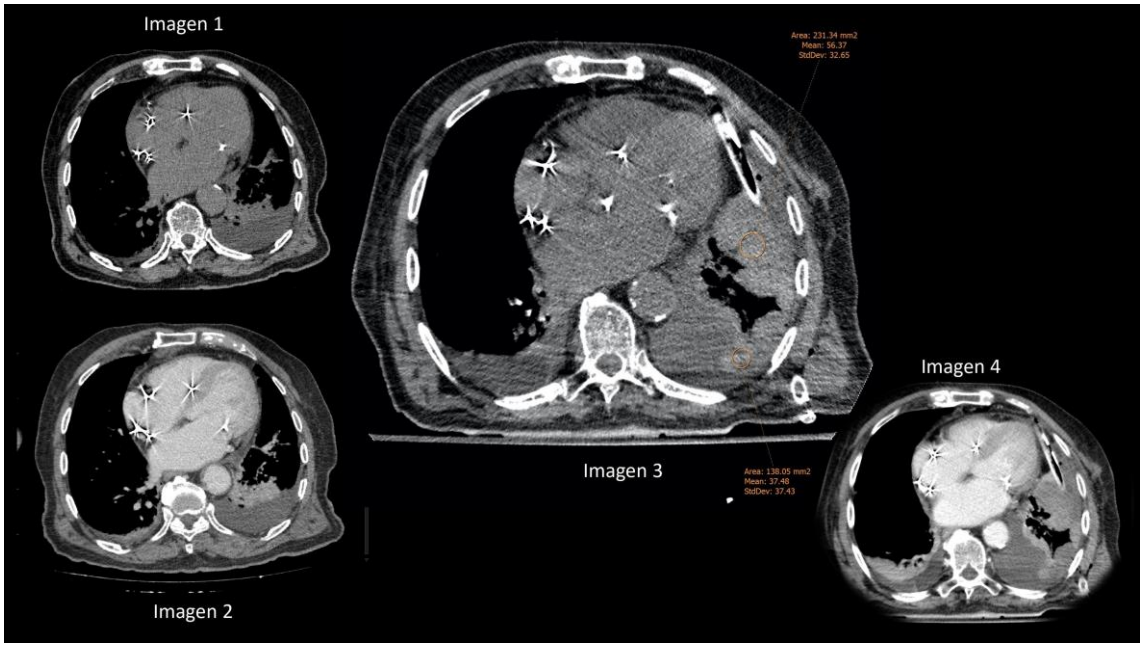
El sangrado es la complicación más común involucrando en el mecanismo lesional la afectación de la arteria o vena intercostal o de los vasos intratorácicos. Ante un sangrado la TC resultará de utilidad en la caracterización del líquido pleural gracias a la medición del valor de atenuación expresado en unidades Hounsfield. La sangre presenta unos valores de atenuación en torno a los 35-70 UH. Ante los hallazgos de derrame pleural en el contexto de un traumatismo previo se debería incluir la medición de la atenuación como parte del protocolo de evaluación de la TC.

En el caso de la contusión pulmonar identificaremos opacidades focales parenquimatosas, habitualmente en la periferia pulmonar, más frecuentemente en

zonas posteriores y lóbulos inferiores. La laceración pulmonar mostrará regiones de contusión pulmonar que asociarán burbujas (neumatocele) con niveles gas-líquido.

CONCLUSIÓN

La iatrogenia relacionada con los tubos de toracostomía es una entidad relativamente frecuente, siendo el hemotórax una complicación habitual a consecuencia de los sangrados. Ante pacientes con derrame pleural y antecedentes traumáticos o de colocación de tubos de toracostomía la medición de las unidades Hounsfield de atenuación nos van a servir para evaluar la presencia de sangre, siendo útil conocer las manifestaciones de otras posibles formas de presentación iatrogénicas.



Las imágenes 1 y 2 corresponden a cortes axiales de la TC realizada en el momento del ingreso: la 1 corresponde a la adquisición sin contraste y la 2 a la adquisición en fase portal. Se observa el derrame pleural bilateral de predominio izquierdo y aspecto seroso y el colapso pasivo del lóbulo inferior izquierdo con atelectasia subsegmentaria. Las imágenes 3 y 4 corresponden a la TC urgente a los siete días, nuevamente en vacío y fase portal, en la que se observa uno de los tubos de drenaje y el aumento del derrame pleural con componente hemático en hemitórax izquierdo. La medición de las unidades Hounsfield de atenuación reveló en el derrame una media de 56 UH, hallazgo radiológico que apoya el componente hemático y se correlacionaba con el alto débito del hemotórax.

BIBLIOGRAFÍA

Kwiatt M, Tarbox A, Seamon MJ, et al. Thoracostomy tubes: A comprehensive review of complications and related topics. Int J Crit Illn Inj Sci. 2014;4(2):143-155. doi:10.4103/2229-5151.134182

Bertoglio P, Guerrera F, Viti A, et al. Chest drain and thoracotomy for chest trauma. J Thorac Dis. 2019;11(Suppl 2):S186-S191. doi:10.21037/jtd.2019.01.53

Lim KE, Tai SC, Chan CY, et al. Diagnosis of malpositioned chest tubes after emergency tube thoracostomy: is computed tomography more accurate than chest radiograph?. Clin Imaging. 2005;29(6):401-405. doi:10.1016/j.clinimag.2005.06.032