

Hemotórax tardío tras fractura costal

Delayed hemotorax associated with rib fracture

C. CARDA CASALTA

INSTITUTO DE TRAUMATOLOGÍA DE UNIÓN DE MUTUAS

Resumen. Presentamos un caso de accidente laboral en un varón de 45 años, que 21 días después de sufrir un traumatismo torácico con fractura de 9º arco costal, desarrolla un hemotórax tardío.

Summary. A case of delayed hemothorax in blunt thoracic trauma is presented. A man 45 years old with closed fractures of the ninth rib developed a hemothorax 21 days after thoracic trauma.

Correspondencia:

Carlos Carda Casalta
Instituto de Traumatología
Unión de Mutuas
Avd. Virgen de Llidó, 69
Castellón

Introducción. Las fracturas costales son las lesiones más frecuentes en los traumatismos torácicos cerrados. Las costillas 4ª a 10ª son las que se lesionan más frecuentemente. En los graves traumatismos con fracturas costales múltiples son frecuentes las complicaciones de contusión pulmonar, hemotórax, neumotorax y laceración de grandes vasos (1). Cuando son aisladas, la mayoría no presentan complicaciones por daños de estructuras torácicas subyacentes y solo requiere un tratamiento sintomático para el alivio del dolor, aunque no están exentas de complicaciones, especialmente el hemotórax, que puede presentarse aun en fracturas sin desplazamiento no visibles en el estudio radiográfico inicial.

La complicación del hemotórax es siempre grave con una mortalidad aproximada del 22% (2,3) y a veces es de presentación tardía, en los siguientes días, casi siempre dentro de las primeras 72 horas.

Presentamos un caso excepcional de fractura única de novena costilla con escaso

desplazamiento que se complicó con un hemotórax 21 días después del traumatismo.

Caso clínico. Varón de 45 años, mecánico de automóviles, que acude un lunes refiriendo golpe en parrilla costal izquierda el viernes anterior. El paciente había resbalado cayendo encima de un elevador. No refiere antecedentes patológicos de interés y como hábitos, fumador de 30 cigarrillos al día.

A la exploración presentaba dolor en parrilla costal izquierda con equimosis localizada en la zona de la contusión. Dolor a la inspiración profunda, a la palpación y con la tos. Se realiza radiografía de parrilla costal apreciándose fractura de 9º arco costal posterior izquierdo (Fig. 1).

Se le pauta tratamiento con analgésicos (Paracetamol asociado a Codeína), mucolíticos (N acetil cisteína) y el uso de una faja torácica. Se tramita la baja laboral.

Se revisa a la semana. El paciente refiere mejoría. La auscultación pulmonar era normal. Continúa el tratamiento alternan-

do Paracetamol con Nolotil. El paciente pide el alta laboral ya que cree poder realizar su trabajo. Se le convence de continuar de baja.

En la siguiente revisión a las dos semanas, refiere una gran mejoría y pocas molestias. La auscultación pulmonar sigue siendo normal. El paciente insiste en probar a trabajar. Se tramita el alta por mejoría y a petición del paciente. Se le instruye de que si aumenta el dolor acuda a consulta.

Acude a consulta diez días más tarde (lunes). Refiere que ha estado bien toda la semana realizando su trabajo hasta el viernes en que aumentó el dolor (tres semanas del traumatismo). El dolor había ido en aumento durante el fin de semana y era mayor que en los primeros días del traumatismo. No tenía fiebre ni expectoración. Presentaba ligera disnea y tos seca, palidez de piel y mucosas y una tensión arterial de 110/80 mmHg. A la auscultación pulmonar presentaba disminución del murmullo vesicular en base del pulmón izquierdo. Se le practica radiografía PA de tórax, apreciándose una imagen de derrame pleural en base del pulmón izquierdo que abarca la mitad del pulmón (probable hemotórax) (Figs. 2 y 3).

Ante esta situación se remite el paciente a nuestro hospital de referencia. A su ingreso se practica analítica sanguínea, destacando 3.440.000 mmc de hematíes, hematocrito de 35 %, hemoglobina de 11,8 g/dl, VSG 1ª hora de 97 mm, tiempo de protrombina de 11,5 seg. y tiempo parcial de trombina de 32,4 seg. La Sat.O₂ era del 98 %.

Se procede a una punción pleural evacuándose 480 cc de líquido serohemático.

Al día siguiente la tensión arterial era de 115/80 mmHg y la Sat.O₂ del 98 %. El hematocrito era de 23 %, el número de hematíes de 2.280.000 mmc y la hemoglobina de 7,8 g/dl.. La radiografía de tórax no mostraba cambios respecto a la del día anterior. Se procede a drenaje con tubo endotorácico.

La evolución fue satisfactoria hacia la curación (fig. 4)

Discusión. El hemotórax es una complicación grave que aparece en el 30% de los

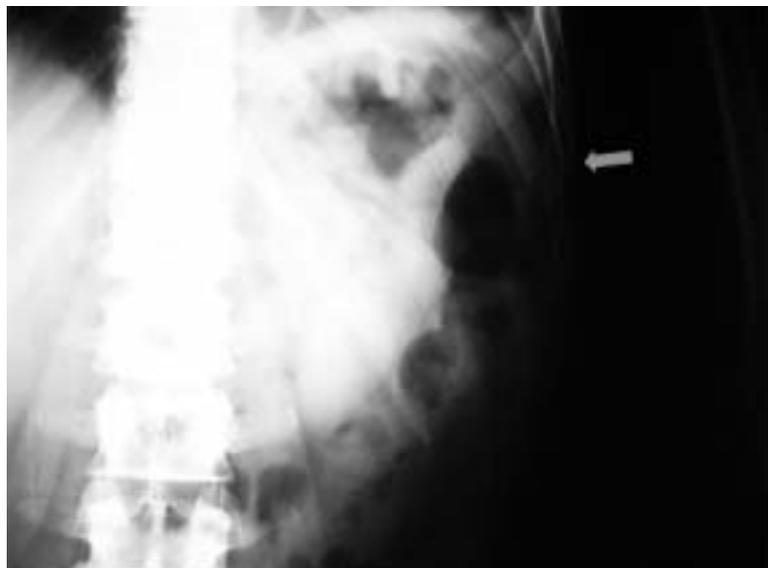


Figura 1. Rx parrilla costal izquierda: se aprecia fractura en 9º arco costal.



Figura 2. Rx PA tórax: imagen de hemotórax.

traumatismos torácicos cerrados (2,4) con una mortalidad que puede alcanzar el 22% de los casos (2).

La posibilidad de un hemotórax en los traumatismos cerrados aumenta con el número de fracturas y su desplazamiento (5), pero puede aparecer en traumatismos sin fractura visible, especialmente en los niños (2,3).

Generalmente el hemotórax se presenta en la primera asistencia al traumatismo, pero a veces se nos presenta tardíamente en un 4 % de los casos (5). Algunas publica-

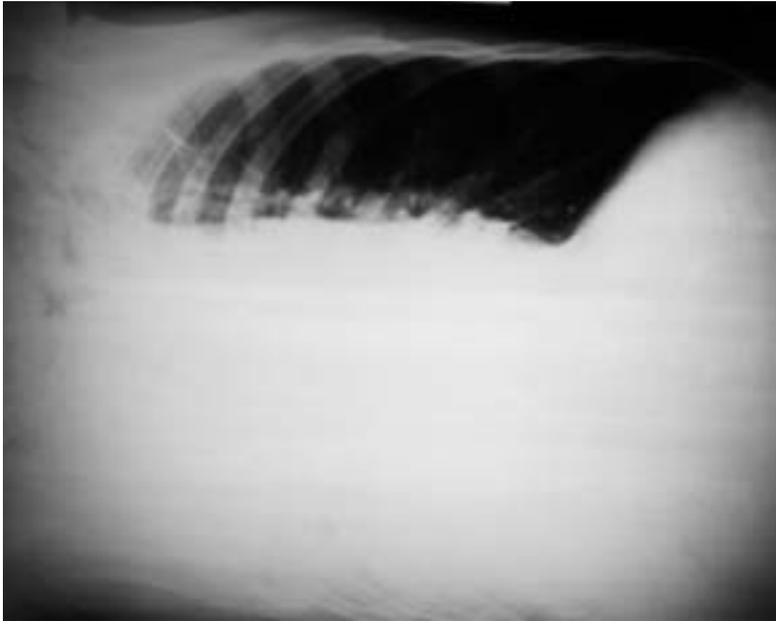


Figura 3. Rx tórax en posición de decúbito lateral izquierdo.



Figura 4. Rx PA tórax. Control tres semanas después drenaje hemotórax.

ciones recogen una incidencia mucho mayor, un 14 % en la casuística de Gómez (4) y hasta 33% en algunas publicaciones (6). Si embargo estas últimas revisiones clásicas hacen referencia a traumatismos graves con

múltiples lesiones costales, donde la incidencia del hemotórax es mucho mayor. En los 12 casos de hemotórax tardío publicados por Simon y cols (6), el 92 % de los casos se presentaron en fracturas costales múltiples o muy desplazadas.

El hemotórax tardío se presenta habitualmente en las siguientes horas al traumatismo (7), excepcionalmente hay casos muy tardíos, hasta 30 días después (5,7). Sharman y cols (2) en un estudio sobre 167 casos de hemotórax en traumatismo torácico cerrado recoge 7 casos de hemotórax tardío y en el 85% de los casos se produjo en los primeros 4 días y solo un caso a los 16 días. Quinn y cols (9) recogen un caso de hemotórax tardío 28 días después de una contusión torácica que había ocasionado fractura de 7º, 8º y 9º arcos costales, 7 días después de prescribirse tratamiento con Ticlopine (potente antiagregante plaquetario) y aspirina, después de la implantación de un stent coronario, atribuyendo el hemotórax al tratamiento antiagregante plaquetario.

El hemotórax en los traumatismos torácicos cerrados se produce por la rotura de la arteria intercostal (10). La hemorragia provocada por la rotura de la arteria intercostal unas veces da un hemotórax, si la pleura parietal se rompe, o solo un hematoma extrapleural si esta última queda íntegra. Posteriormente la pleura parietal puede romperse y convertirse el hematoma extrapleural en hemotórax (2). Esta sería la causa principal del hemotórax tardío.

En nuestro caso no el paciente no presentaba trastorno de coagulación, aunque no se hizo estudio de fragilidad capilar. Posiblemente, siendo gran fumador, algún golpe de tos debió ser la causa de que un hematoma extrapleural inicial se convirtiese en un hemotórax.

El hecho de que el hemotórax apareciese a los 21 días del traumatismo, supone un caso excepcional. ■■■■■

Bibliografía

1. **Cordice JW, Cabezón J.** Chest trauma with pneumothorax and hemothorax: review of experience with 502 cases. *J Thor Cardiovasc Surg* 1965; 50:316-38
2. **Sharma SH, Michel FO.** Prevalence of delayed hemothorax in blunt thoracic trauma. *American Surg* 2005; 71:481-6
3. **Budy DW, Milton DM.** Delayed hemotórax alter blunt trauma without rib fracture. *Mit Med* 2003; 168:101-2
4. **Gómez P, Bolaños F, Cepeda E.** Hemotórax tardío "Una entidad poco considerada". *Neum Cir Tor* 2003; 62:38
5. **Sirmali M, Turut H, Topcu S et al.** A comprehensive analysis of traumatic rib fractures: morbidity and management. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003; 24:133-8
6. **Simon BJ, Chu Q, Emhoff TA et al.** Delayed hemothorax after blunt thoracic trauma: an uncommon entity with significant morbidity. *J Trauma* 1998; 45:673-6
7. **Kiev J, Kerstein MD.** Role of three hour roentgenogram of the chest in penetrating and no penetrating injuries of the chest. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175:249-53
8. **Fang XH.** Delayed hemothorax after chest injuries. Report of 31 cases. *Zonghua Wai Ke Za Zhi* 1992; 30:212-3
9. **Quinn MW, Dillard TA.** Delayed Traumatic Hemothorax on ticlopidine and aspirine for coronary stent. *Chest* 1999;257-60
10. **Ross RM, Cardoba A.** Delayed life-threatening hemothorax associated with rib fractures. *J Trauma* 1986; 26:576-8