

CASO CLINICO

Un hombre de 22 años consultó al servicio de urgencias del Hospital del IMSS por presentar un dolor de 8 horas de evolución en el hemitórax derecho. El dolor torácico fue espontáneo, irradiado a la espalda y asociado con disnea y tos. El paciente refiere haberse caído de la bañera. No refiere traumatismo craneal ni en otras localizaciones, fiebre o pérdida de peso, y refirió que en horas de la mañana, del mismo día de la consulta, practicó motociclismo. En el momento de practicarle el examen físico de ingreso estaba taquicárdico, taquipnéico, normotenso y con saturación de oxígeno de 91 %.

Se trataba de un paciente previamente sano sin antecedentes personales de interés. Fumador de 2 paquetes/día sin otros hábitos tóxicos.

Al ingreso se encontraba consciente y orientado (Glasgow 15), presión arterial (PA) de 114/68mmHg; la frecuencia cardiaca de 98lpm; SO₂ basal de 95; glucemia de 112mg/dl.

A la exploración física presentó vía aérea permeable y gran dolor costal a la inspiración con crepitación de parrilla costal izquierda sin objetivarse volet costal. Auscultación cardiorrespiratoria normal con murmullo vesicular audible panpulmonar.

Se solicitó analítica en la que presentó hemoglobina (Hb) de 170g/l y $17,84 \times 10^9$ leucocitos/l, radiografía de tórax donde se apreciaron fracturas unipolares de arcos costales izquierdos de 5-9.º sin consolidaciones, colecciones ni signos de neumotórax y se solicitó TAC toraco-abdominal

con contraste intravenoso que confirmó dichas fracturas costales, desplazadas 5.^a, 6.^a y 7.^a, y visualizó discreto edema con enfisema de pared y mínimo derrame pleural izquierdo sin visualizar imagen de neumotórax, signos de laceración ni focos de contusión pulmonar de importancia. Sin hallazgos abdominales de interés.

Fue ingresado para monitorización y analgesia. A las 72h inicia sedestación. Se constató caída de 25g/l de Hb respecto al ingreso en la analítica de control. Se realizó radiografía de tórax que evidenció derrame pleural moderado-grave. Se colocó por tanto drenaje endotorácico en 5.º espacio intercostal, línea media axilar anterior, según técnica habitual produciéndose la evacuación de 1.700cc de contenido hemático de forma inmediata.

Se realizó toracotomía lateral en 5.º espacio intercostal evacuándose hemotórax masivo (1.500cc) con lavado abundante, se constataron fracturas desplazadas de 5.^a a 7.^a, la 7.^a costilla presentó bordes astillados con un de los filos dirigiéndose hacia el diafragma y laceración de la cúpula diafragmática correspondiente de 4cm de diámetro sangrando de forma abundante. Se realizó hemostasia mediante punto transfixiante diafragmático y sutura continua de toda el desgarro con PremiCron® 0. Lavado abundante. Revisión del pulmón sin encontrar lesiones. Sección de los bordes de las fracturas costales que quedan lisos no afilados. Cierre por planos y colocación de 2 drenajes endotorácicos.