



Hematoma intrapulmonar roto, hemotórax retenido y toracoscopia. A propósito de un caso

Andrés Fernández Gómez,* Yolaisy López Abreu,* María Julia Ojeda Ojeda,*
Pedro Pujol Legrá,* Alberto Carlos Sánchez Menéndez*

Resumen

Los hematomas pulmonares son una complicación de relativamente poca frecuencia tras los traumatismos torácicos. Sus principales complicaciones, y que constituyen indicación de cirugía en estos pacientes, son la infección, hemoptisis y sospecha de malignidad. La ruptura de los mismos a cavidad pleural es un evento adverso poco descrito. Se realiza la presentación de un paciente con un hematoma del lóbulo inferior del pulmón izquierdo, de tres semanas de evolución, roto a cavidad pleural y tratado exitosamente por cirugía videotoracoscópica.

Palabras clave: Hematoma intrapulmonar, hemotórax, toracoscopia.

Abstract

Pulmonary hematomas are a rare complication after chest trauma. Its main complications and which constitute indication for surgery in these patients are infection, hemoptysis and suspected malignancy. The rupture of them into the pleural cavity is an adverse event seldom described. We report the case of a patient with a hematoma of the lower lobe of the left lung, three weeks of evolution, broken into the pleural cavity and successfully treated by videothoracoscopic surgery.

Key words: Intrapulmonary hematoma, hemothorax, thoracoscopy.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 64 años de edad, admitido en el servicio de Cirugía General con el diagnóstico de traumatismo torácico por accidente automovilístico anterior, con tres semanas de evolución, dolor y discreta falta de aire. En el examen clínico se comprobó la expansibilidad torácica, murmullo vesicular y vibraciones vocales disminuidas en la parte inferior del hemitórax izquierdo. Se realizó una toma de rayos X con el paciente de pie y en decúbito lateral, y se comprobó radiopacidad del lóbulo inferior del pulmón izquierdo, que no se movilizó con el cambio de posición. Por todo esto el paciente fue ingresado a tratamiento conservador con el diagnóstico de hemotórax retenido.

Con los datos clínicos se decidió la realización de una tomografía axial computarizada, en la cual se informó la presencia de un hemotórax coagulado izquierdo (*Figura 1*), decidiéndose la realización de videotoracoscopia para la evacuación del mismo. Durante ésta se comprobó la presencia de 250 mL de sangre coagulada en cavidad pleural, y la presencia de cavidad en el lóbulo inferior del pulmón, de aproximadamente 8 x 8 cm, con restos de coágulos en su interior, no reportada previamente en la tomografía (*Figura 2*). Se procedió a evacuar el contenido de ambos espacios, lavado amplio con solución salina fisiológica, y hemostasia con electrocauterio bipolar de la cavidad del hematoma. Se colocó drenaje pleural calibre 32 Fr por el sitio del puerto inferior, bajo visión directa, y se acopló el mismo a sistema de drenaje sellado con presión negativa. Tres días después, tras mejoría clínica y radiológica, se procedió a retirar la sonda pleural y el paciente fue egresado, con evolución favorable en seguimientos ulteriores.

* Departamento de Cirugía Laparoscópica. Servicio de Cirugía General. Hospital General Universitario «Carlos Manuel de Céspedes», Bayamo, Granma, Cuba.

Correspondencia:

Dr. Andrés Fernández Gómez

Especialista de 2do grado en Cirugía General
Hospital Universitario «Carlos Manuel de Céspedes»
Carretera Central vía Santiago de Cuba, Km 2.
Bayamo, Granma, Cuba.
E-mail: andresfdez.grm@infomed.sld.cu

DISCUSIÓN

Los hematomas pulmonares son una complicación de, relativamente, baja frecuencia luego de un traumatismo torácico. Su incidencia oscila entre un 4 a 11% después de una contusión pulmonar.¹ El mecanismo fundamental de producción está relacionado con la presencia de una laceración del

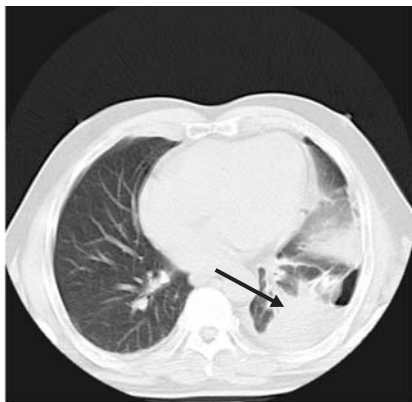


Figura 1. Imagen de la tomografía axial computarizada del hemotórax retenido.

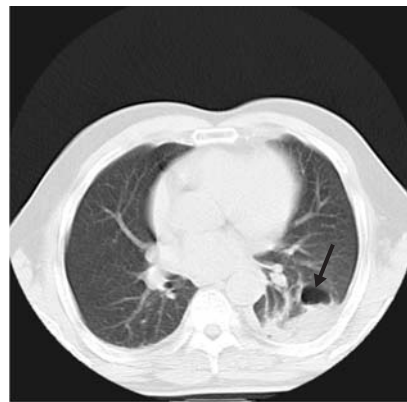


Figura 2. Imagen de la tomografía axial computarizada de la cavidad del hematoma intrapulmonar.

parénquima pulmonar, que es llenada de sangre luego de un trauma o incluso como complicación postoperatoria en la cirugía de dicho órgano, yatrógena en procedimientos invasivos como los abordajes de grandes vasos del mediastino, biopsias pulmonares, cirugía torácica mínimamente invasiva o por toracotomía, e incluso descrita luego de un trauma llenando la cavidad de bullas pulmonares.¹⁻⁴ En muchas ocasiones, a pesar de su apariencia radiológica no impresionante, el acúmulo de sangre es mayor de lo que aparenta. Esta lesión sólo es visible radiológicamente luego de 24 o incluso 72 horas de producida, desarrollándose como una masa discreta, y generalmente no interfiriendo con el intercambio gaseoso ni produciendo una derivación pulmonar significativa.^{1,5}

Aunque su diagnóstico inicial puede ser obtenido con una radiografía normal, el uso de la tomografía axial computarizada constituye el elemento radiológico más importante a la hora de evaluarlos, con una exactitud superior en el diagnóstico.¹ Otros estudios de imágenes han sido empleados, como la resonancia magnética que ha demostrado también gran utilidad sobre todo al evaluar los de diagnóstico dudoso y

de larga evolución,⁵ el uso de la punción directa y aspiración de sangre en los casos a confirmar,³ y el ultrasonido en la evaluación de la presencia de líquido.⁶ Usualmente, estos hematomas con seguimiento radiológico deben desaparecer en un periodo de 2 a 4 semanas; sin embargo, cuando no hay radiografías o tomografías previas que demuestren su evolución normal, la posibilidad de una neoplasia del pulmón debe de ser contemplada.^{1,7}

Su tratamiento es médico en la mayoría de los casos, siendo limitada la cirugía para aquellos pacientes que presentan complicaciones del mismo. Estas son, fundamentalmente, la infección y abscedación del hematoma, hemoptisis severa en la que fallen los métodos hemostáticos o la embolización de la arteria bronquial, y la sospecha de lesión maligna.^{1,2,7} Las modalidades de cirugía incluyen fundamentalmente a las lobectomías, resecciones segmentarias así como extirpación y resección parcial o total de la cápsula fibrosa, empleando idealmente la vía toracoscópica y teniendo esta forma de abordaje mejor evolución y menos complicaciones que la toracotomía convencional.⁷⁻¹⁰

REFERENCIAS

1. Miller DL, Mansour KA. Blunt traumatic lung injuries. *Thorac Surg Clin.* 2007; 17: 58-9.
2. Horio H, Nomori H, Fuyuno G, Kobayashi R, Morinaga S, Sue-masu K. Intrapulmonary hematoma surrounding the stapled line after video-assisted thoracoscopic bullectomy for spontaneous pneumothorax. *Kyobu Geka.* 1999; 52: 477-80.
3. Bonmarchand G, Lefebvre E, Lerebours-Pigeonnière G, Genevois A, Massari P, Leroy J. Intrapulmonary haematoma complicating mechanical ventilation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Intensive Care Med.* 1988; 14: 246-8.
4. Battistella F, Benfield JR. Blunt and penetrating injuries of the chest wall, pleura, and lungs. En: Shields T, editor. *General Thoracic Surgery.* Chicago: Williams and Wilkins; 1994: 776-7.
5. Takahashi N, Murakami J, Murayama S, Sakai S, Masuda K, Ishida T. MR evaluation of intrapulmonary hematoma. *J Comput Assist Tomogr.* 1995; 19: 125-7.
6. Lesser T, Bartel M. Value of thoracoscopy in thoracic trauma--initial experiences. *Zentralbl Chir.* 1997; 122: 661-5.
7. Obretenov E, Petrov D, Kalaïdzhiev G, Plochev M. Surgical treatment of post-traumatic intrapulmonary haematomas. *Khirurgiia (Sofia).* 2002; 58: 24-7.
8. Abakumov MM, Voskresenskiï OV, Zhestkov KG. Thoracoscopy in diagnosis and treatment of lung injuries. *Khirurgiia (Mosk).* 2007: 4-9.
9. Grubnik VV, Shipulin PP, Baïdan VV, Baïdan VI, Martyniuk VA, Koziar ON et al. Role of video-assisted thoracoscopic operation in the treatment of later complications of the chest injury. *Klin Khir.* 2009: 34-6.
10. Navsaria PH, Vogel RJ, Nicol AJ. Thoracoscopic evacuation of retained posttraumatic hemothorax. *Ann Thorac Surg.* 2004; 78: 282-5.