

EMPIEMA PLEURAL UNILATERAL DE ETIOLOGÍA POST TRAUMÁTICA

Abalo, Florencia. | Mercado, Libia. | Bolívar, Karen. | Maldonado H. María Alejandra. | Gavilanes I, Angel Camilo.

Residentes Diagnóstico por imágenes. Poggioli, Maria Victoria. *Médica Especialista en Diagnóstico por imágenes.* - SANATORIO COLEGIALES -

PRESENTACIÓN DEL CASO

HISTORIA CLÍNICA

Masculino de **71 años de edad**, sin antecedentes patológicos. Consultó a emergencias por **caída por escaleras**. Presentó **dolor intenso en el tórax**, herida abierta en región orbitaria izquierda, y aumento de volumen en zona frontal derecha.

EXAMEN FÍSICO

Orientado en tiempo y espacio.
Álgico, afebril.
Tórax asimétrico, hipoventilación en hemitórax derecho, **sin murmullo vesicular**.
Saturación: 95%.
TA: 100/70 mmHg.

PARACLÍNICOS

Se solicitó laboratorio que reveló: **Leucocitosis**.
Radiografía de tórax (RX), Tomografía (TC) de cerebro, macizo facial y tórax.

DIAGNÓSTICO Y CONDUCTA

Neumotórax traumático.

Se solicitó internación y tratamiento con **avenamiento pleural**.

Meses luego, volvió a consultar por **disnea atípica a mediano esfuerzo**.

Se solicitó nuevo laboratorio, con **leucocitosis; RX y TC de tórax**. Se re-internó para tratamiento.



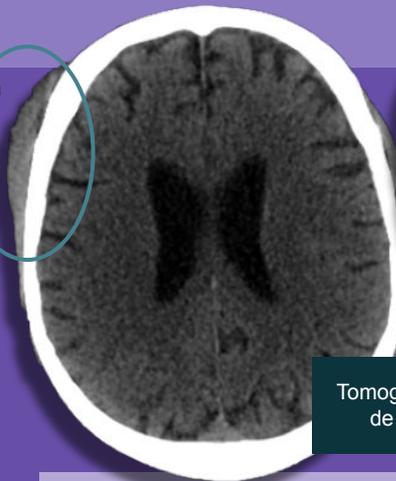
HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



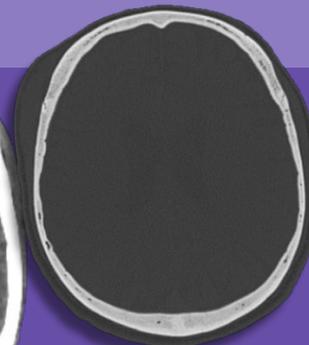
Radiografía de
Tórax. (Frente)



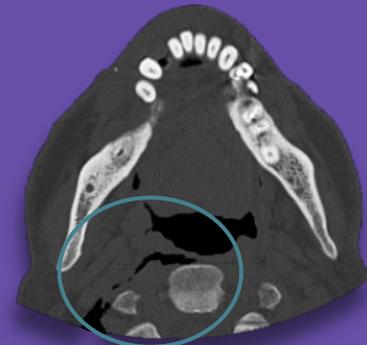
Reconstrucción
3D de Tórax.
(Ventana Ósea)



Tomografía de Cerebro. (Ventana
de parénquima y ósea) AXIAL



Tomografía de Macizo Craneo-
Facial (Ventana ósea) AXIAL



TC DE CEREBRO SIN CTE EV

Se objetiva aumento de grosor y heterogeneidad de los tejidos blandos en topografía frontoparietal derecha, como **signos de contusión. No se evidencian soluciones de continuidad.**

TC DE MACIZO FACIAL SIN CTE EV

Se evidencia **contenido aéreo subcutáneo a nivel cervical**, el cual diseca planos musculares pre-vertebrales. Correlacionar con antecedente traumático. No se evidencian soluciones de continuidad.

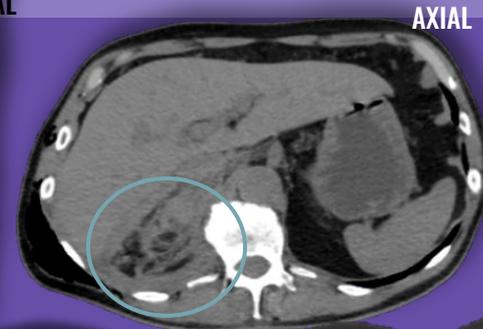
HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

TC DE TÓRAX SIN CTE EV (31/03/22)

Neumotórax grado II derecho.

Múltiples trazos fracturarios desde 2do al 10mo arco costal derecho. Genera **extenso enfisema subcutáneo** desde región cervical hacia pared antero-posterior de hemitórax homolateral.

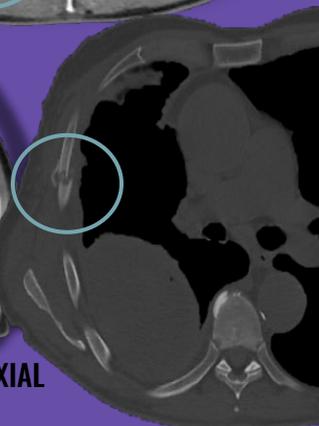
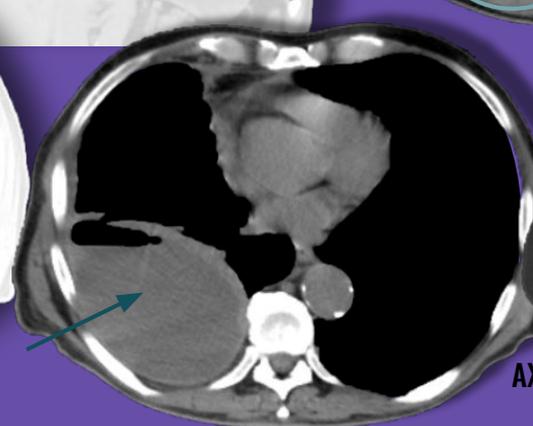
Se visualiza en topografía de la celda renal derecha área irregular, hiperdensa correspondiente a **hematoma**.



TC DE TÓRAX SIN CTE EV (8/06/21)

A nivel de hemitórax derecho, en **proyección pleural**, se evidencia una **imagen ahusada, de densidad heterogénea, predominantemente líquida (17 UH)**, asociada a **burbujas aéreas y septos internos**. Mide aproximadamente 129 x 87 mm, y genera **desdoblamiento de las hojas parietal y visceral pleurales**.

Correspondería a **EMPIEMA POST-TRAUMÁTICO**

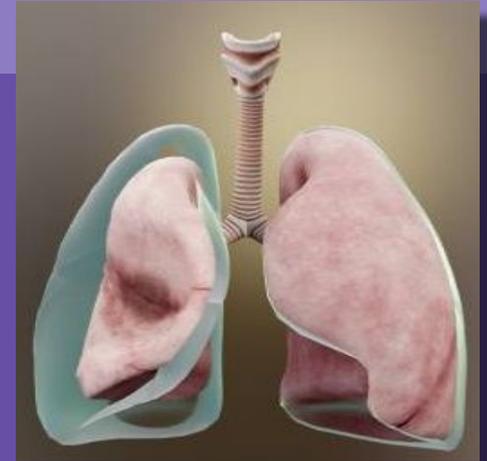
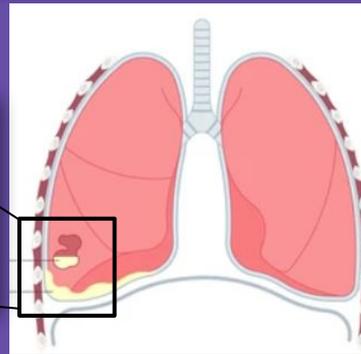
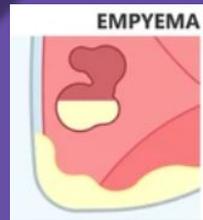


DISCUSIÓN

El 2-25% de los hemotórax pueden infectarse y generar empiema. El **Staphylococcus aureus** constituye el microorganismo más frecuente, siguiendo en frecuencia los Gram -.

El empiema pleural constituye una entidad infecciosa frecuente, de fácil diagnóstico, con tratamiento exitoso cuando se diagnostica a tiempo.

Su persistencia determina aparición de secuelas, con considerable morbimortalidad.



La mayoría se desarrolla luego de un cuadro infeccioso neumónico. Sin embargo algunos **(solo el 10%) ocurren posteriormente a un trauma cerrado o penetrante de tórax, o al tratamiento del mismo (avenamiento)**

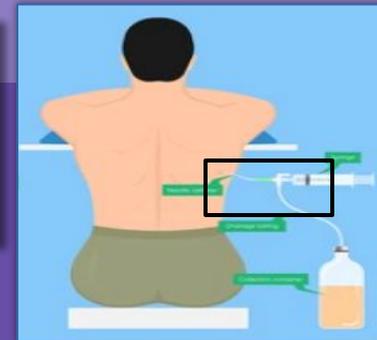
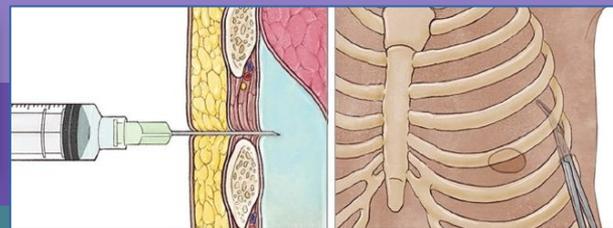
DISCUSIÓN

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

RADIOGRAFÍA



Forma lenticular; en algunos casos aire si se asocia a fístula broncopleurales.



DIAGNÓSTICO

Es necesaria la presencia de material hemático y su infección agregada.
El diagnóstico diferencial principal es el absceso

TOMOGRAFÍA

Se visualizan de forma lenticular, asociados a engrosamiento y realce de las pleuras parietal y visceral; con compresión y desplazamiento del pulmón.

TRATAMIENTO

Consiste en el drenaje del espacio pleural, mediante toracotomía.



CONCLUSIÓN

La presencia de hemotórax coagulado, no dar antibiótico profiláctico y tener un trauma cerrado de tórax, son factores de riesgo para desarrollar empiema post - traumático.

Las manifestaciones imagenológicas incluyen tanto por Rx como por TC, una imagen lenticular, que desdobra las hojas pleurales. Es de vital importancia establecer el diagnóstico diferencial con absceso y empiema de otras etiologías (neumónico).

BIBLIOGRAFÍA

1. Salcedo A., Henao C.A, Cardona A., Naranjo S., Villegas M.I., Morales C. H. Factores de Riesgo Para Desarrollar Empiema Postraumático. Panamerican Journal of Trauma, Critical Care & Emergency Surgery, September-December 2012;1(3):163-167
2. Mandal AK, Thadepalli H, Mandal AK, Chettipalli U. Posttraumatic empyema thoracis: A 24-year experience at a major trauma center. J Trauma 1997;43:764-77
3. González L R, Riquelme U A, Reyes M. R, Alarcón O. F. Thoracic trauma surgery: indications, findings and mortality associated variables. Rev. cir. vol. 74 no. 1 Santiago feb. 2022. Scielo



Abalo, F | Residente 4° año.



Residente 1° año



Residente 2° año



Residente 2° año



Residente 3° año

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

