

## CONTUSIÓN PULMONAR Y LO QUE PASA DESPUÉS

Dra. Lucía Martínez Barredo / Dr. Alberto Murillo Martín

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

### RESUMEN

Presentamos un caso en el que una contusión pulmonar causó más daño que la lesión original. Cuando la respiración está limitada por dolor, es común que demos a nuestros pacientes ejercicios o terapias respiratorias para prevenir la neumonía. Solemos hacerlo en el neumotórax o tras algunos procedimientos quirúrgicos torácicos. En nuestro caso no pensamos en darle antibióticos tras la contusión pulmonar, días después, el paciente desarrollo una neumonía bacteriana.

### PALABRAS CLAVES

Contusión pulmonar, SDRA, terapias respiratorias

### ABSTRACT

We do present a case in which a pulmonary contusion caused more damage than the original lesion itself. When the breathing is limited by pain, it is common to give respiratory exercises or therapies as a prevention to pneumonia to this patients. We used to think of that in pneumotorax or after some toracic surgical procedures. In our case we did not think about giving antibiotics after a pulmonary contusion, days after, the patient developed a bacterial pneumonia.

### KEY WORDS

Shock lung, ARDS, respiratory therapies.

### CASO CLÍNICO

Varón de 60 años que en contexto de una discusión familiar es disparado con una escopeta de perdigones.

A su llegada a urgencias el paciente se encuentra estable hemodinámicamente, apreciándose en zona axilar línea media entre 4º y 5º espacio intercostal una única herida incisa de morfología redondeada. Se inicia antibioterapia, analgesia, se solicitan analíticas y pruebas de imagen, radiografía de tórax (Fig. 1) y tomografía axial torácica (Fig. 2).

En el TAC se aprecian dos cuerpos extraños radiopacos, probablemente los perdigones: uno de ellos en el plano cutáneo de la región latero-basal izquierda, sin alteraciones. El otro perdigón

está alojado en el espacio entre el pericardio y el ápex del ventrículo derecho, que ocasiona hemo-pericardio de 9mm de espesor y un extenso hematoma de 35mm de espesor del espacio graso epifrénico izquierdo y en el espacio mediastínico prevascular izquierdo de 28mm. Contusión pulmonar en llingula que sigue el trayecto del perdigón. Colapso parcial del lóbulo inferior izquierdo pulmonar con pequeña cuantía de derrame pleural ipsilateral.

Con estos resultados se avisa a cirugía torácica y cardiaca, que ante la estabilidad clínica del paciente tras la observación en urgencias dan de alta a domicilio con analgesia únicamente.

Varios días más tarde, el paciente vuelve a acudir a urgencias, en esta ocasión con trabajo

## Diagnóstico por imagen



Fig. 1. Se observa en base de hemitórax izquierdo, un perdigón en saco pericárdico.

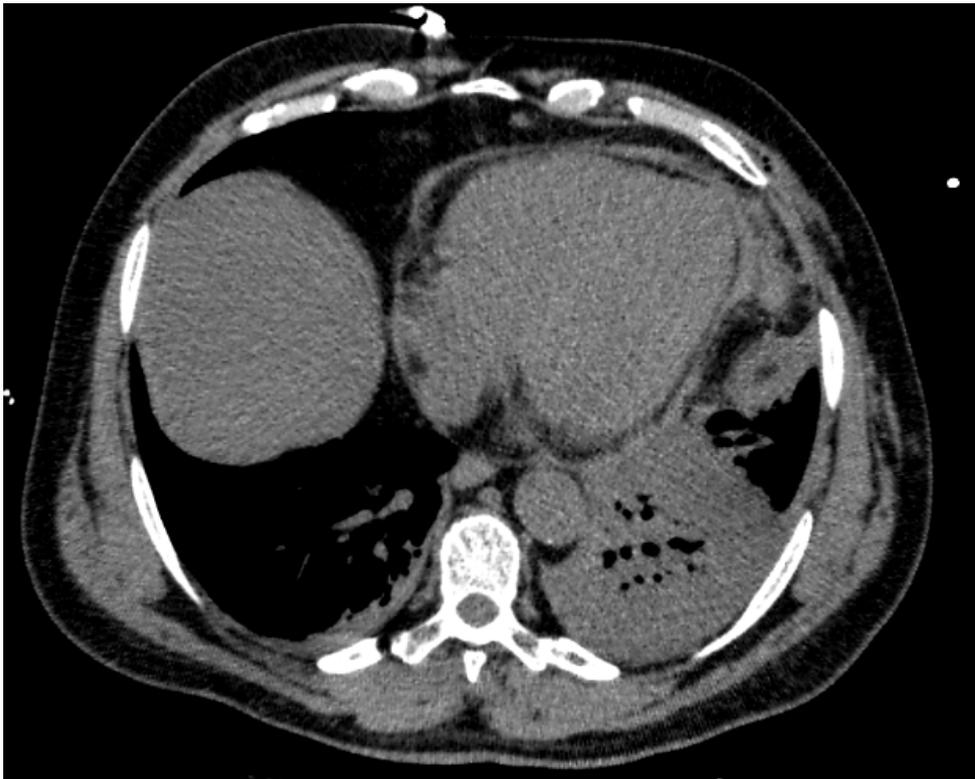


Fig. 2. En la imagen se observa la contusión pulmonar y el hemopericardio.

respiratorio, desaturación sanguínea con 94% a pesar de mascarilla reservorio a 60% de FiO<sub>2</sub>.

En la exploración se encuentra consciente, orientado, ligeramente taquipneico a 24 rpm. Afebril. TA 107/94 mmHg. Herida torácica en línea axilar izquierda. Auscultación cardiopulmonar:

tonos cardiacos rítmicos, sin soplos, a 80 latidos por minuto. Hipoventilación en campo inferior izquierdo. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores: sin edemas y sin signos de trombosis venosa profunda.

## Diagnóstico por imagen



Fig. 3. Además del perdigón ya visto previamente, se ve aumento de densidad en base izquierda.

Se solicita de nuevo analítica además de pruebas de imagen, TAC y radiografía de tórax (Fig. 3).

El paciente ingresó en planta de neumología, con diagnóstico, además de lo que había sucedido días atrás, de neumonía bacteriana. Bajo tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico a dosis de 2gr cada 8 horas, evolucionó favorablemente y fue dado de alta una semana más tarde.

### DISCUSIÓN

El traumatismo sobre el pulmón provoca que sangre y otros fluidos se acumulen en la membrana alveolo-capilar, provocando edema alveolar y disminución de la producción de surfactante. Disminuyendo la distensión pulmonar y la relación ventilación-perfusión.

Esa inflamación severa puede llevar a otras complicaciones como Síndrome de distress respiratoria del adulto, neumonía o fibrosis pulmonar a largo plazo<sup>1</sup>.

El objetivo del tratamiento es prevenir la aparición de las complicaciones monitorizando al paciente con vigilancia las primeras 24-48 horas.

Asegurar una adecuada oxigenación tisular, evitar la sobrecarga de volumen, controlar el dolor del paciente y fisioterapia respiratoria evita la progresión de las lesiones siempre que el paciente no precise intubación u otras medidas el momento inicial.

El uso de antibióticos actualmente no tiene una indicación sentada y en ciertos casos podría estar indicada, como tampoco el uso sistemático de inhaladores<sup>2</sup>.

En nuestro caso, se realizó la observación pero en el alta no se insistió al paciente en realizar terapia respiratoria, y tampoco se le pautaron antibióticos (algo a valorar en el caso de la contusión pulmonar, pero más aún con las heridas penetrantes que presentaba en el tórax) lo que pudo haber facilitado la aparición de una neumonía bacteriana por escasa movilización de secreciones.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Cohn SM, DuBose JJ. Pulmonary Contusion: An Update on Recent Advances in Clinical Management. World Journal of Surgery; 2010; 34: 1959-1970.
2. Rendeki S, Molnár TF. Pulmonary Contusion. J Thorac Dis. 2019 Feb; 11 (Suppl 2): S141-S151.