

Sesión clínica de Equipo: Tromboembolismo Pulmonar. La pieza que no encaja

Presentación: **Juan Antonio Cordero Torres.**
UME de Badajoz

20 DE MAYO DE 2015



Unidad de Emergencias de Badajoz

Sesiones Clínicas

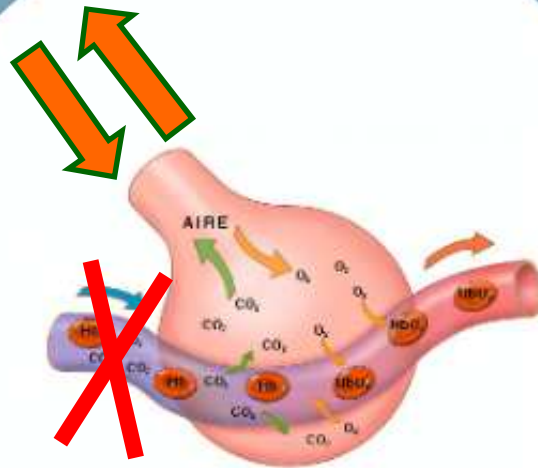


TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

- 1: CONCEPTO
- 2: DIAGNÓSTICO
- 3: PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- 4: TRATAMIENTO
- 5: RESUMEN

CONCEPTO: El TEP es la oclusión súbita de una o más arterias o arteriolas pulmonares por trombos (coágulos sanguíneos) formados en la circulación venosa o en las cavidades derechas del corazón y que migran al pulmón.

VENTILACIÓN
NORMAL



NO
OXIGENACIÓN

PERFUSIÓN
ANORMAL



¿MOTIVO DE CONSULTA?

- DE REPOSO, INICIO SÚBITO O EJERCICIO: 73%
- TAQUIPNEA: 54%
- TOS: 34 %
- DOLOR TORÁCICO: 12%
- SINCOPE: 8%
- SCHOCK: 4%
- HEMOPTISIS, FIEBRE, TAQUICARDIA,.....



DIAGNÓSTICO

**CLINICA
COMPATIBLE**

**FACTORES
PREDISPONENTES**

**ESCALAS DE
RIESGO**

DIFICIL DIAGNÓSTICO

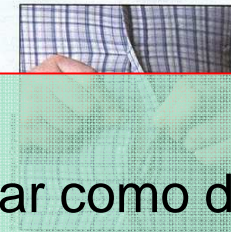


Horlander KT et al. Arch Intern Med 2003 Jul 28;163(14):1711-7

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

WWW.ARCHINTERNMED.COM

AUGUST 9/23, 2010



- 42,932,973 muertes en un periodo de 20 años
 - 572,773 (1.3%) tenían embolia pulmonar como diagnóstico subyacente
 - 194,389 (33.9%) de estas tenían embolia pulmonar como causa de muerte

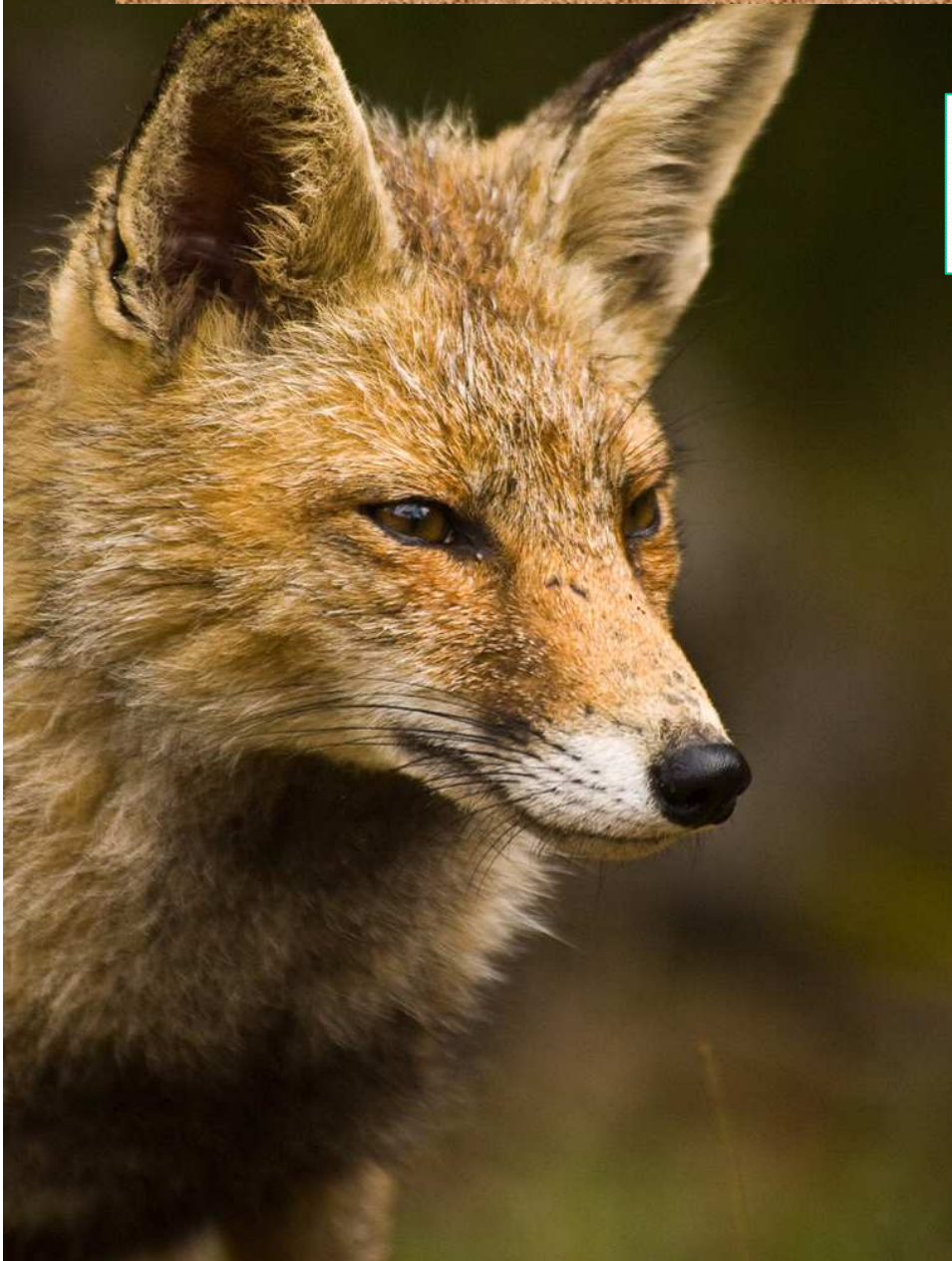
Más de la mitad de las embolias pulmonares no son diagnosticadas

ARCHIVES
JOURNALS
American Medical Association

DIAGNÓSTICO

CLINICA COMPATIBLE

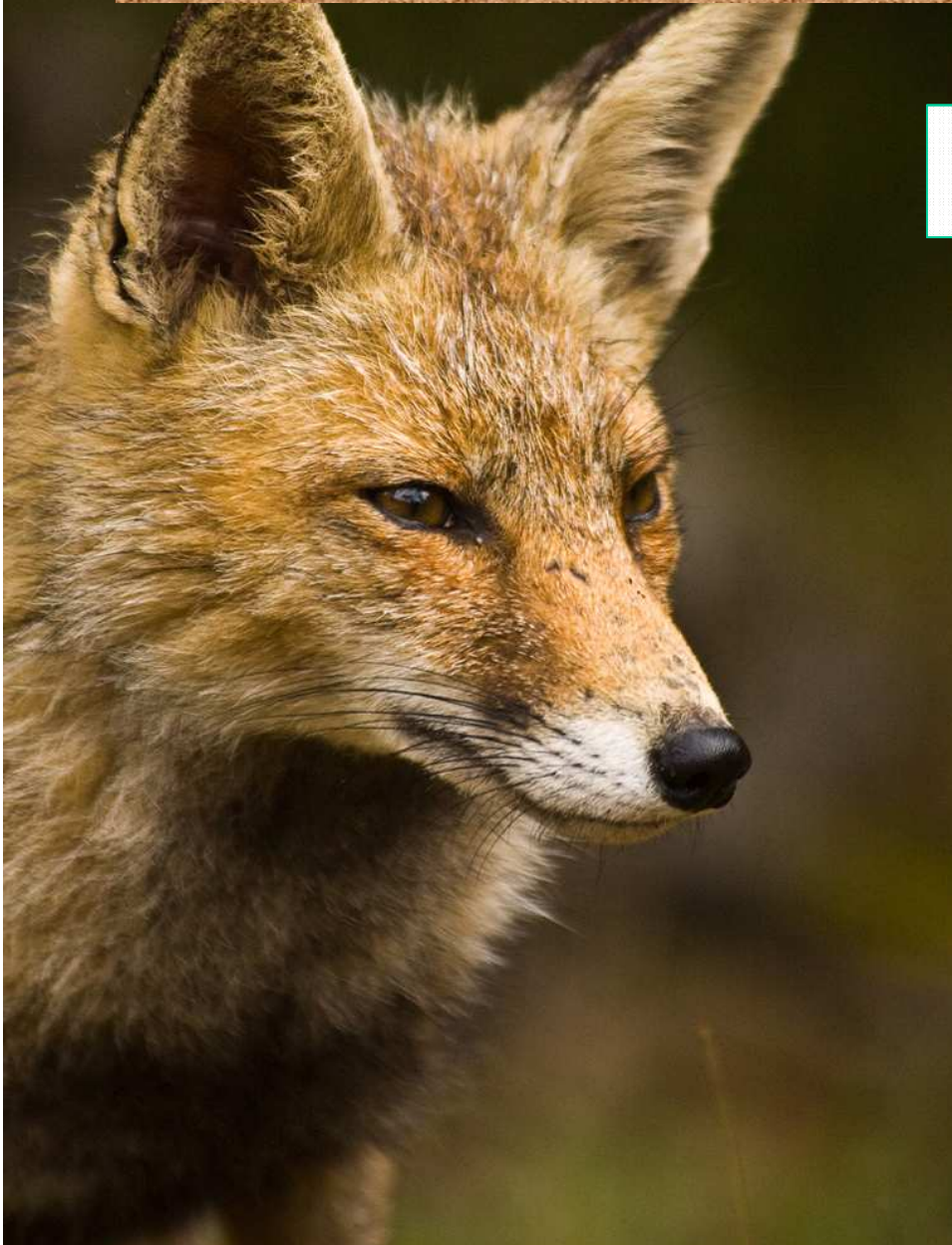
- DISNEA
- ORTOPNEA
- DOLOR TORÁCICO
- SINCOPE
- SCHOCK
- DOLOR EN TOBILLO/PIERNA
- EDEMA EN TOBILLO/PIERNA
- HEMOPSTISIS
- FIEBRE
- TAQUICARDIA
- TOS
- SIBILANCIAS...



DIAGNÓSTICO

FACTORES PREDISPONENTES

- FRACTURA DE CADERA O PIERNA
- CIRUGIA DE CADERA O RODILLA
- CIRUGIA GENERAL
- POLITRAUMATISMOS
- LESION MEDULAR
- ARTROSCOPIA
- **TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA**
- QUIMIOTERAPIA
- ICC
- EDAD AVANZADA
- EMBARAZO O POSTPARTO
- ACO
- REPOSO >3 DIAS
- TROMBOFILIAS,.....



DIAGNÓSTICO

EN CASO DE:

CLINICA COMPATIBLE

FACTORES PREDISPONENTES

APLICAR:

ESCALAS DE RIESGO (PROBABILIDAD CLÍNICA)

- DISNEA
- ORTOPNEA
- DOLOR TORÁCICO
- SINCOPE
- SCHOCK
- DOLOR EN TOBILLO/PIERNA
- EDEMA EN TOBILLO/PIERNA

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.

50%

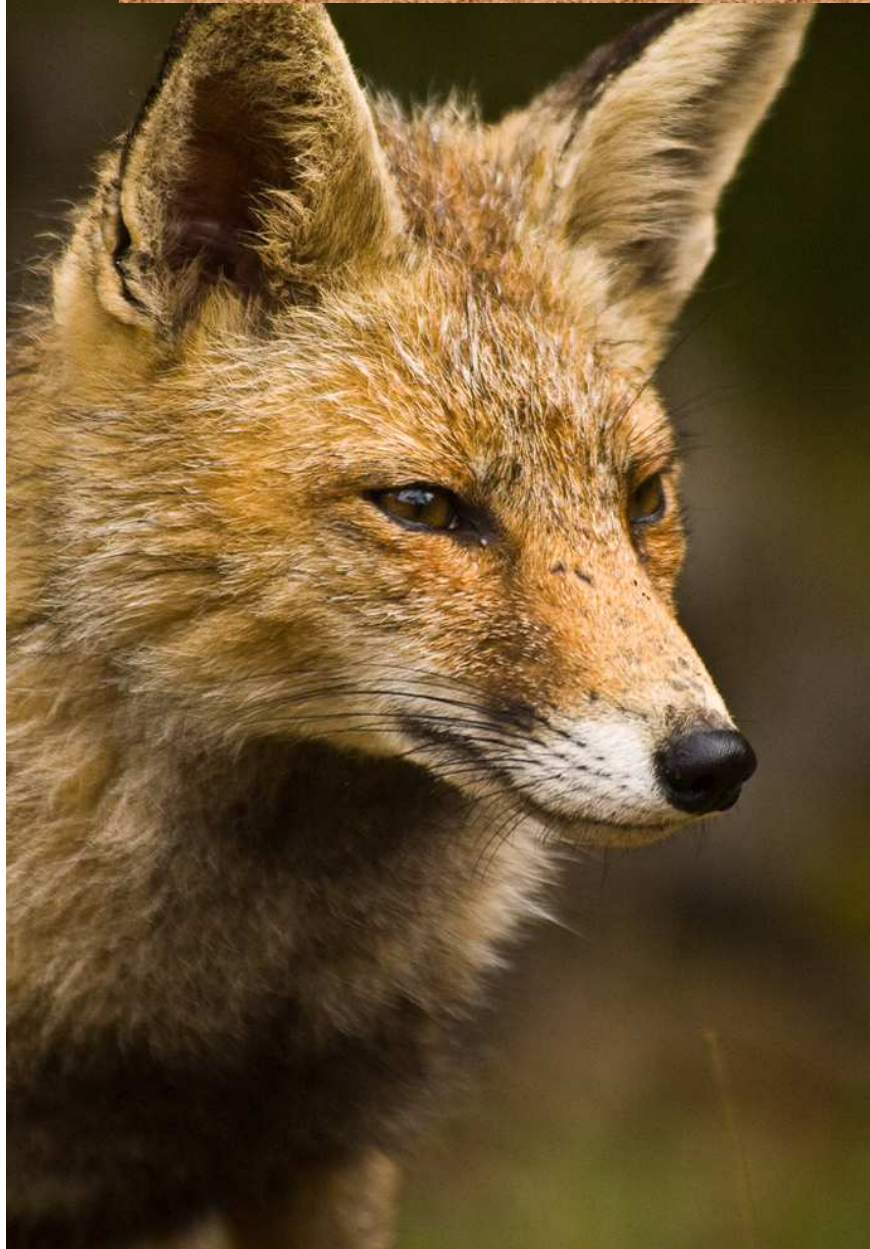
dreamstime.com

DIAGNÓSTICO

ESCALAS DE RIESGO (PROBABILIDAD CLÍNICA)

SCORE REVISADO DE GINEBRA

PROBABILIDAD CLINICA	TOTAL
BAJA	0-3
INTERMEDIA	4-10
ALTA	>10



TRATAMIENTO PREHOSPITALARIO SOSPECHA DE TEP

PROBABILIDAD CLINICA	TRATAMIENTO
BAJA	MONITORIZAR+ ECG COMPLETO OXIGENOTERAPIA (SAT > 95%) SI VM (BAJO PEEP)
INTERMEDIA	FLUIDOTERAPIA (PARA MANTENER GC) SI SHOCK (PERFUSION ADRENALINA IV) SI BAJO GASTO Y PA NORMAL: DOPAMINA O DOBUTAMINA
ALTA	INICIAR TRATAMIENTO CON: HEPARINA BAJO PESO MOLECULAR ENOXAPARINA 1MG/KG VIA SC

MANEJO HOSPITALARIO

BASADO EN:

SOSPECHA CLÍNICA

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ESTRATIFICACION DEL RIESGO

EMERGENCY

EMERGENCY ENTRANCE
AMBULANCES
PATIENT PICK-UP AREA

PARAMEDIC

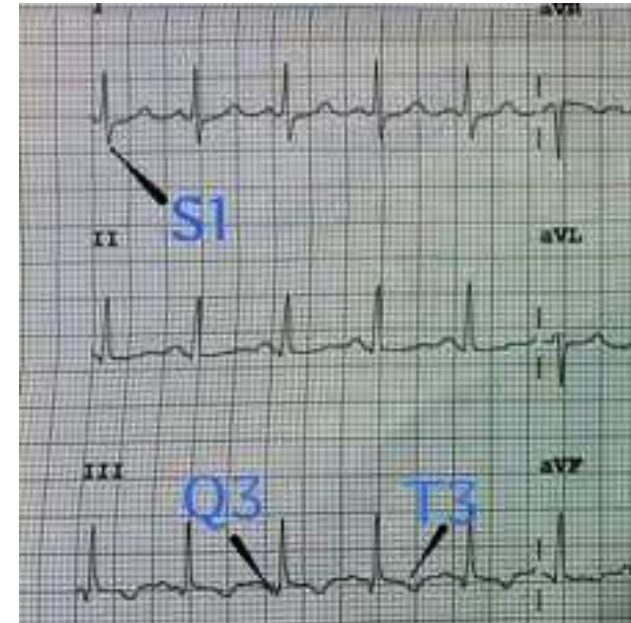
PRUEBAS “RUTINARIAS”: POCO RENTABLES.

RX TORAX

ECG: SIQIITIII .
“LEYENDA URBANA”

GASOMETRIA ARTERIAL

HEMOGRAMA, BIOQUIMICA



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS “RENTABLES”

- **DÍMERO D**
- **ECO -DOPPLER DE EEII**
- Gammagrafía de ventilación perfusión
- **TAC MULTIDETECTOR**
- ANGIOGRAFÍA PULMONAR
- ECOCARDIOGRAFÍA
- PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B
- TROPONINAS CARDIACAS

SU COMBINACION CON UNA ALTA PROBABILIDAD CLINICA PERMITE ESTABLECER O EXCLUIR EL DIAGNOSTICO EN LA MAYORIA DE LOS CASOS

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

<u>MARCADORES DE DAÑO MIOCARDICO</u>	<u>MARCADORES DE DISFUNCION VENTRICULO DERECHO</u>	<u>MARCADORES CLINICOS</u>
<ul style="list-style-type: none">● DÍMERO D● ECO -DOPPLER DE EEII● GAMMAGRAFIA DE VENTILACION PERFUSION● TAC MULTIDETECTOR● ANGIOGRAFIA PULMONAR● ECOCARDIOGRAFIA● PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B● TROPONINAS CARDIACAS	<ul style="list-style-type: none">● DÍMERO D● ECO -DOPPLER DE EEII● GAMMAGRAFIA DE VENTILACION PERFUSION● TAC MULTIDETECTOR● ANGIOGRAFIA PULMONAR● ECOCARDIOGRAFIA● PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B● TROPONINAS CARDIACAS	<ul style="list-style-type: none">● HIPOTENSION● SCHOCK

ALTO RIESGO
RIESGO INTERMEDIO
RIESGO BAJO



TRATAMIENTO



ANTONIA



LUISA



MARCOS

TRES SITUACIONES DONDE
LA PIEZA NO ENCAJABA



MUJER. 83 AÑOS. VÉRTIGO



MUJER. 61 AÑOS. SÍNCOPE



VARON.33 AÑOS. CAIDA VIA PUBLICA



MUJER. 83 AÑOS. VÉRTIGO

CLÍNICA
COMPATIBLE

EF:TA 130/70; FC 112; **SAT 83%** ;T 36.2°C; DTX: 110mg/dl.

AP: NORMAL; FR: 35

Insuficiencia venosa crónica. No signos de TVP
Neurológica: normal EXCEPTO HALLPIKE +

FACTORES
PREDISPONENTES

- REPOSO PROLONGADO > 3 DIAS
- EDAD AVANZADA

PROBABILIDAD
CLÍNICA

- EDAD MAYOR 65 AÑOS : 1 PUNTO
- FC > 95: 5 PUNTOS



DERIVO: SOSPECHA TEP
PROBABILIDAD INTERMEDIA





MUJER. 83 AÑOS. VÉRTIGO

Motivo de Consulta

Mareo y disnea

Antecedentes

Alergias, Intolerancias, RAM:

- Sin alergias detectadas.

HTA NO DM NO DLP ENF ALZHEIMER

Tratamiento Actual

REMINYL 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGA

DISGREN 300MG 50 CAPSULAS

FOLI-DOCE 28 COMPRIMIDOS

AMLODIPINO 5 MG 30 COMPRIMIDOS

VALSARTAN 160 MG 28 COMPRIMIDOS

CITICOLINA 1.000 MG SOLUCION/SUSPENSION ORAL 10 SOBRES

DEPRAX 100MG 60 COMPRIMIDOS

Enfermedad actual

PACIENTE REEMITIDA POR U12 POR PRESENTAR EN EL DÍA DE HOY CUADRO DE MAREO CON SENSACIÓN DE GIRO DE OBJETOS, DE FORMA CONCOMITANTE SE OBJETIVA SATURACIÓN BASAL DE O₂ MENOR DE 85% QUE SE INCREMENTA A 94% CON O₂ EN VMK. NO FIEBRE. SU HIJO REFIERE TOS DESDE HACE UNA SEMANA. NO REFIERE VÓMITOS, SI NAUSEAS.

Exploración física

TA 130/70 FCIA 89 T^a 36.2 SAT O₂ 95% CON O₂

REG taquioneica en reposo, respiración abdominal, tolera el decúbito a 45°, discreta palidez y tinte subictérico.

Cyc NO Iy no REHY No adenopatías

Torax AC Rítmico, no ausculto soplos, dificultada por ruidos respiratorios, MVC, roncus y sibilancias espiratorias en hemitorax derecho, sobre todo mitad inferior.

ABdomen Globuloso, blando, cicatriz de laparotomía infraumbilical, no signos de irritación peritoneal.

MMI No edemas, IVC.

Neurológico: no focalidad de origen central, Hallpike positivo.

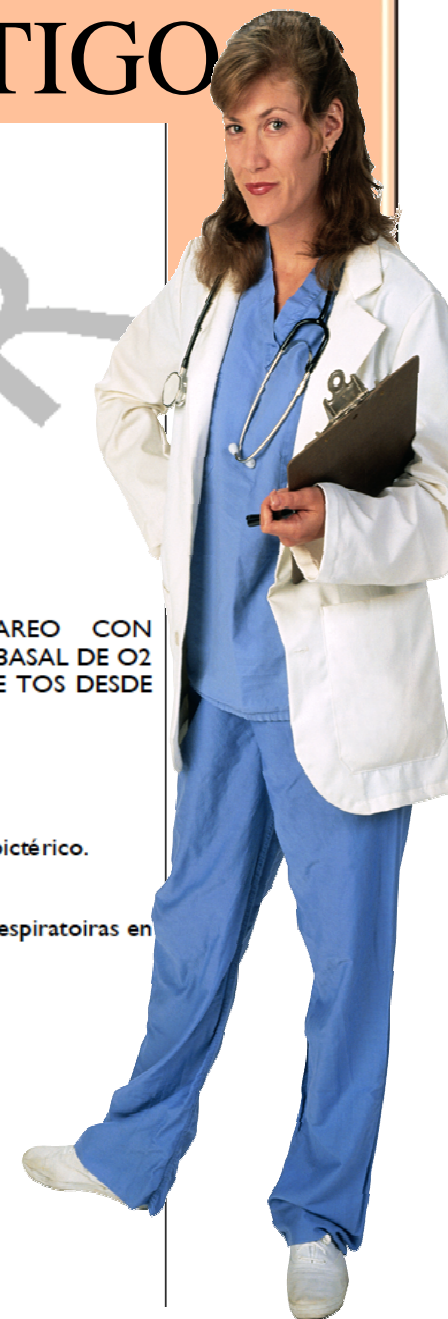
Resumen de Análíticas y Pruebas Complementarias

ECG: RS A 75 LPM, EJE LEVEMENTE IZQUIERDO, NO ALTERACIONES AGUDAS DE ST NI T

H B C GAB

Rx Torax

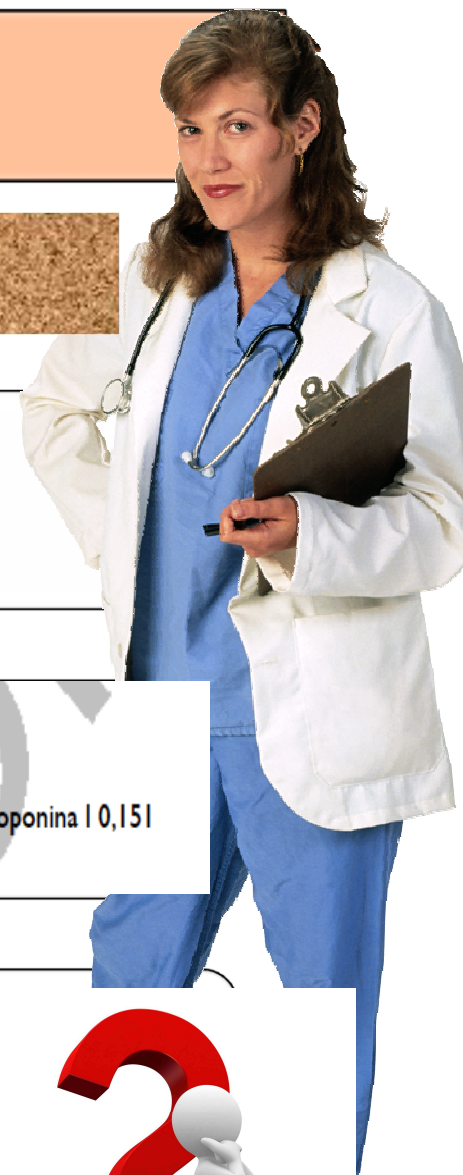
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos





MUJER. 83 AÑOS. VÉRTIGO

MANEJO HOSPITALARIO



SOSPECHA CLINICA

- PROBABILIDAD INTERMEDIA (6 PUNTOS)



PRUEBAS
COMPLEMENTARIAS

Hemograma: hb 13,6 Hto 39 L 12700 (N 84% L 10%) Plaq 247000

Coagulación: AP 100% TPTA 28" Dímero D 1775

GAB: 7,47/19/49/21/86

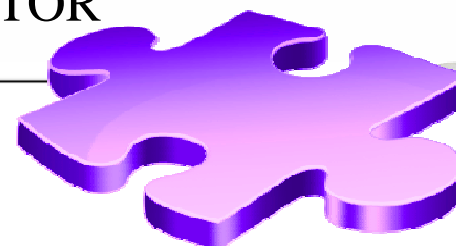
Bioquímica: Glu 117 urea 45 creat 1,02 FG 55 Na 141 K 4,6 LDH 316 CPK 50 GOT 14 GPT 14 Troponina I 0,15I

Plan: Solicito TAC tórax con protocolo de TEP



ESTRATIFICACION
RIESGO

- CONFIRMAR DIAGNOSTICO
- TAC MULTIDETECTOR





MUJER. 61 AÑOS. SÍNCOPE

CLÍNICA
COMPATIBLE

- MOTIVO DE CONSULTA: SÍNCOPE/PRESÍNCOPE
- REPOSO HACE 10 DIAS POR CAIDA + FRACTURAS COSTALES
- EF (UME): GCS:15; FC: 118; AP: NORMAL; SAT basal:88% (Con O2: 93-94%) TA: 90/60

FACTORES
PREDISPONENTES

- REPOSO PROLONGADO > 3 DIAS
- FRACTURAS

PROBABILIDAD
CLÍNICA

- CIRUGIA O FX ÚLTIMO MES : 2 PUNTOS
- FC > 95: 5 PUNTOS



DERIVO: SOSPECHA TEP
PROBABILIDAD INTERMEDIA





MUJER. 61 AÑOS. SÍNCOPE

- HORA DE ATENCION: 04:00 AM
- MOTIVO DE CONSULTA: SÍNCOPE/PRESÍNCOPE
- REPOSO HACE 10 DIAS POR CAIDA + FRACTURAS COSTALES
- EF (UME): GCS:15; FC: 118; AP: NORMAL; SAT basal:88% (Con O2: 93-94%)
TA: 90/60

HORA DE INGRESO: 4:30 AM

Antecedentes

Alergia a augmentine

IQ: no

Niega hábitos tóxicos.

Enfermedad actual

Paciente que el día 10 de noviembre sufre caída de sus propios pies, con contusión costal izquierda y resultado de fracturas costales en dicho hemitórax (atendida en Clideba), motivo por el cual ha estado haciendo reposo.

Hoy es traída por el 112 porque de madrugada, sobre las 4:00 am, se levanta con malestar general, sudoración y presíncope; va al baño, donde realiza una deposición blanda (dice su marido que oscura, pero el 112 le realiza tacto rectal que es normal) y cuando se levanta para ir de nuevo al baño, sufre síncope con pérdida de consciencia de escasos segundos de duración, sin pérdida del control de esfínteres y recuperación ad integrum.

A la llegada del 112 la encuentran taquicárdica, con saturación de oxígeno del 94% que llega incluso a descender a 86% a pesar de oxigenoterapia.



MUJER. 61 AÑOS. SÍNCOPE

MANEJO HOSPITALARIO



SOSPECHA CLINICA

- PROBABILIDAD INTERMEDIA (7 PUNTOS)



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Resumen de Analíticas y Pruebas Complementarias

ECG: Rs a 110 lpm, eje cardiaco normal, con Q en III, sin otras alteraciones agudas de la repolarización

HEMOGRAMA: Hemoglobina 9.6 g/dl; Hematocrito 28.2 %; VCM: 88.3 fl; HCM: 30.1 pg; Leucocitos 11.1 mil/mm³ (N: 82.6 %) ;Plaquetas 150.0 mil/mm³

COAGULACIÓN:

Ratio del tiempo de protrombina 105 % (65.0 - 150.0)

Tiempo de Protrombina 10.4 seg. 11.7

INR 0.97 INR (0.80 - 1.25)

Tiempo parcial de Tromboplastina activado (aPTT) 26.9 seg. (Inf. 39.1)

Tiempo parcial de tromboplastina activado. Ratio 0.83 (0.80 - 1.20)

Fibrinógeno derivado 481 mg/dL (200 - 600)

Dimero D 1096 ng/ml (Inf. 275)

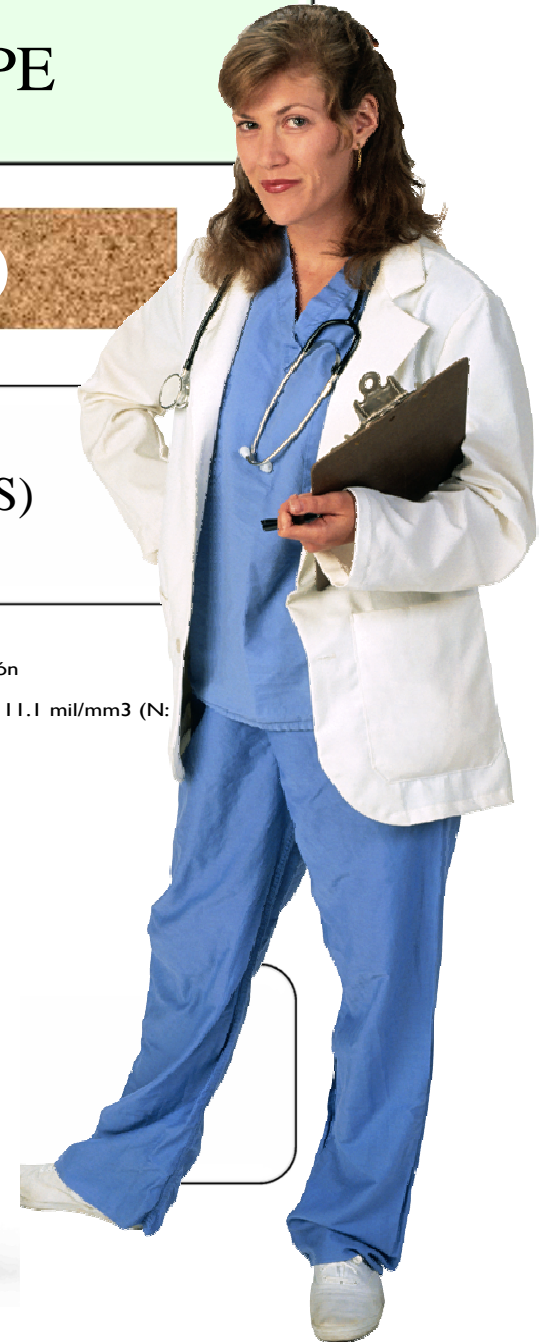
GAB: 7.393 / pCO₂ 35.8 mmHg / pO₂ 318* mmHg / Bicarbonato 21.4 mmol/l

Saturación de oxígeno 99.5 * %



ESTRATIFICACION RIESGO

- CONFIRMAR DIAGNOST
- TALLER DE DETECTOR





MUJER. 61 AÑOS. SÍNCOPE

- MOTIVO DE CONSULTA: SÍNCOPE/PRESÍNCOPE
- REPOSO HACE 10 DIAS POR CAIDA + FRACTURAS COSTALES
- EF : FC: 118; AP: NORMAL; SAT basal:88% (Con O2: 93-94%) TA: 90/60
- DIMERO D: 1096; HGB: 9,6; HCTO 28%

EVOLUCIÓN: 11:20 AM

11:20 horas:

Comienza con mareo, mayor disnea y sudoración; tomamos la TA y no se detecta. Abrimos el suero a chorro y se consigue detectar TA: 95/60, por lo que cogemos dos vías periféricas.

Hablo con radiología para solicitar tac de tórax para descartar TEP

13.30h OBS. Dr Zapata:

La paciente avisa a enfermería por encontrarse con mareo y sudoración. Se objetiva TA: 74/57 mmHg, por lo que se pone SSF a chorro, aumentando TA 98/63 mmHg y mejorando clínicamente.

Pendiente de realización de TAC con protocolo de TEP, para confirmarlo (DD 1096). Se indica realización de TAC abdomen debido a que la paciente comenta que presenta episodios autolimitados de dolor en hemiabdomen superior. Avisado Radiologo de guardia en 2 ocasiones, e informando de la clínica de la paciente.



- CONFIRMAR DIAGNOSTICO
- TAC MULTIDETECTOR





VARON.30 AÑOS. CAIDA VIA PUBLICA

CLINICA
COMPATIBLE

- EF: PÁLIDO-SUDOROSO; GCS:15; TA 110/96; FC 119; SAT 92% ; AP: NORMAL; FR: 29
- ANAMNESIS: DISNEA PROGRESIVA DESDE HACE 15 DIAS DE MINIMOS ESFUERZOS Y HOY SINCOPE

FACTORES
PREDISPONETES

- REPOSO PROLONGADO > 3 DIAS LITOTRICA

PROBABILIDAD
CLÍNICA

- FC > 95: 5 PUNTOS
- CIRUGÍA (¿LITOTRICA ?) : 2 PUNTOS



DERIVO: DISNEA+ SINCOPE
PROBABILIDAD INTERMEDIA





VARON.30 AÑOS. CAIDA VIA PUBLICA

MANEJO HOSPITALARIO



SOSPECHA CLÍNICA

- PROBABILIDAD INTERMEDIA (7 PUNTOS)

PRUEBAS
COMPLEMENTARIAS

ANALÍTICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS AL INGRESO:

FiO₂:0.24 pH:7.34 PaCO₂:43 PaO₂:41 (V) HCO₃:22 SaO₂:74% (V)
Leucocitos: 14100 Plaquetas: 161000 INR: 1.24 Hgb: 14.5 HTO%: 43% BUN:
20 Na: 143 K: 4.2 Glu: 107 Ca: 9 Cl: 104 Cr: 1.21 Prot.tot.: 7.1
Albúmina: 4.1 LDH: 851 CPK: 127 Trop: 0.46 GOT/AST: 164 GPT/ALT: 182

Orina: D 1005, pH 5, Proteínas 25, Hematíes 250. DIMERO D: 3796
ECG: patrón S1-Q3-T3

ESTRATIFICACION
DE RIESGO

- CONFIRMAR DIAGNOSTICO
- TAC MULTIDETECTOR



¿ QUE PASÓ?



TAC tórax: Se realiza Tc de torax con contraste iv y protocolo de TEP. Defectos de repleción intraluminares en arterias pulmonares principales, lobar superior izquierda, arteria de lóbulo medio, lingular, interlobares, lobares inferiores y segmentarias inferiores. Compatible con TEP. Parenquima pulmonar sin alteraciones significativas. No derrame pleural

Curso ingreso en MEDICINA INTERNA



TC de tórax: Tromboembolismo masivo en ambas arterias pulmonares principales, segmentarias y lobulares. INGRESO EN UCI



TÓRAX:

No apreciamos defectos de repleción endoluminales en arterias pulmonares principales ni segmentarias sugestivos de TEP.

Aorta y resto del mediastino sin alteraciones significativas.

Atelectasias paracardiacas y engrosamiento intersticial en ambas bases pulmonares sugestivo de pequeño edema intersticial.

Pequeño derrame pleural izquierdo.

Pequeña hernia de hiato.

Fracturas del 6°, 7°, 8° y 10° arcos costales izquierdo, el sexto con líneas de fractura a dos niveles.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

<u>MARCADORES DE DAÑO MIOCARDICO</u>	<u>MARCADORES DE DISFUNCION VENTRICULO DERECHO</u>	<u>MARCADORES CLINICOS</u>
<ul style="list-style-type: none">● DÍMERO D● ECO -DOPPLER DE EEII● GAMMAGRAFIA DE VENTILACION PERFUSION● TAC MULTIDETECTOR● ANGIOGRAFIA PULMONAR● ECOCARDIOGRAFIA● PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B● TROPONINAS CARDIACAS	<ul style="list-style-type: none">● DÍMERO D● ECO -DOPPLER DE EEII● GAMMAGRAFIA DE VENTILACION PERFUSION● TAC MULTIDETECTOR● ANGIOGRAFIA PULMONAR● ECOCARDIOGRAFIA● PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B● TROPONINAS CARDIACAS	<ul style="list-style-type: none">● HIPOTENSION● SCHOCK

ALTO RIESGO
RIESGO INTERMEDIO
RIESGO BAJO



TRATAMIENTO

ANTONIA

RIESGO BAJO. MEDICINA INTERNA. HBPM

MARCOS

RIESGO ALTO. UCI. TROMBOLISIS

LUISA

¿ POR DONDE SEGUIMOS?



ESTRATIFICACION DE RIESGO Y
TRATAMIENTO

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS “RENTABLES”

- **DÍMERO D**
- **ECO -DOPPLER DE EEII**
- GAMMAGRAFIA DE VENTILACION PERFUSION
- **TAC MULTIDETECTOR**
- ANGIOGRAFIA PULMONAR
- ECOCARDIOGRAFIA
- PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B
- TROPONINAS CARDIACAS



SU COMBINACION CON UNA ALTA PROBABILIDAD CLINICA PERMITE ESTABLECER O EXCLUIR EL DIAGNOSTICO EN LA MAYORIA DE LOS CASOS



MUJER. 61 AÑOS. SÍNCOPE



MANEJO HOSPITALARIO



SOSPECHA CLINICA

- PROBABILIDAD INTERMEDIA (7 PUNTOS)



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Resumen de Analíticas y Pruebas Complementarias

ECG: Rs a 110 lpm, eje cardiaco normal, con Q en III, sin otras alteraciones agudas de la repolarización

HEMOGRAMA: Hemoglobina 9.6 g/dl; Hematocrito 28.2 %; VCM: 88.3 fl; HCM: 30.1 pg; Leucocitos 11.1 mil/mm³ (N: 82.6 %) ;Plaquetas 150.0 mil/mm³

COAGULACIÓN:

Ratio del tiempo de protrombina 105 % (65.0 - 150.0)

Tiempo de Protrombina 10.4 seg. 11.7

INR 0.97 INR (0.80 - 1.25)

Tiempo parcial de Tromboplastina activado (aPTT) 26.9 seg. (Inf. 39.1)

Tiempo parcial de tromboplastina activado. Ratio 0.83 (0.80 - 1.20)

Fibrinógeno derivado 481 mg/dL (200 - 600)

Dimero D 1096 ng/ml (Inf. 275)

GAB: 7.393 / pCO₂ 35.8 mmHg / pO₂ 318* mmHg / Bicarbonato 21.4 mmol/l

Saturación de oxígeno 99.5 * %

11:20 horas:

Comienza con mareo, mayor disnea y sudoración; tomamos la TA y no se detecta. Abrimos el suero a chorro y se consigue detectar TA: 95/60, por lo que cogemos dos vias periféricas.

Hablo con radiología para solicitar tac de tórax para descartar TEP

13.30h OBS. Dr Zapata:

La paciente avisa a enfermería por encontrarse con mareo y sudoración. Se objetiva TA: 74/57 mmHg, por lo que se pone SSF a chorro, aumentando TA 98/63 mmHg y mejorando clínicamente.

Pendiente de realización de ~~TAC con protocolo de TEP, para confirmarlo (DD 1096)~~. Se indica realización de TAC abdomen debido a que la paciente comenta que presenta episodios autolimitados de dolor en hemiabdomen superior. Avisado Radiologo de guardia en 2 ocasiones, e informando de la clínica de la paciente.



EVOLUCIÓN

TC DE TÓRAX Y ABDOMEN URGENTE del 15-11-2014:

Información Clínica: Antecedente de caída con fracturas costales izquierdas hace 5 días. Actualmente disnea, sudoración y síncope. Sospecha de TEP.

Comentario:

Realizamos angioTC de arterias pulmonares y ante los hallazgos completamos estudio con TC de abdomen.

ABDOMEN:

Rotura esplénica, observando deformidad del bazo y numerosas laceraciones parenquimatosas, con importante hematoma periesplénico asociado que se extiende a ligamentos gastrohepático y gastroesplénico.

Moderada cantidad de líquido libre perihepático, con extensión a gotera paracólica y vacío derechos, y que muestra valores intermedios de atenuación, sugestivo de componente serohemático.

Hígado y páncreas sin alteraciones.

Vía biliar no dilatada. Pequeña litiasis vesicular.

Suprarrenales y riñones sin hallazgos patológicos significativos.

Retroperitoneo sin alteraciones.

Vejiga y órganos pélvicos sin hallazgos significativos.

Mioma uterino calcificado.]

TÓRAX:

No apreciamos defectos de repleción endoluminales en arterias pulmonares principales ni segmentarias sugestivos de TEP.

Aorta y resto del mediastino sin alteraciones significativas.

Atelectasias paracardiacas y engrosamiento intersticial en ambas bases pulmonares sugestivo de pequeño edema intersticial.

Pequeño derrame pleural izquierdo.

Pequeña hernia de hiato.

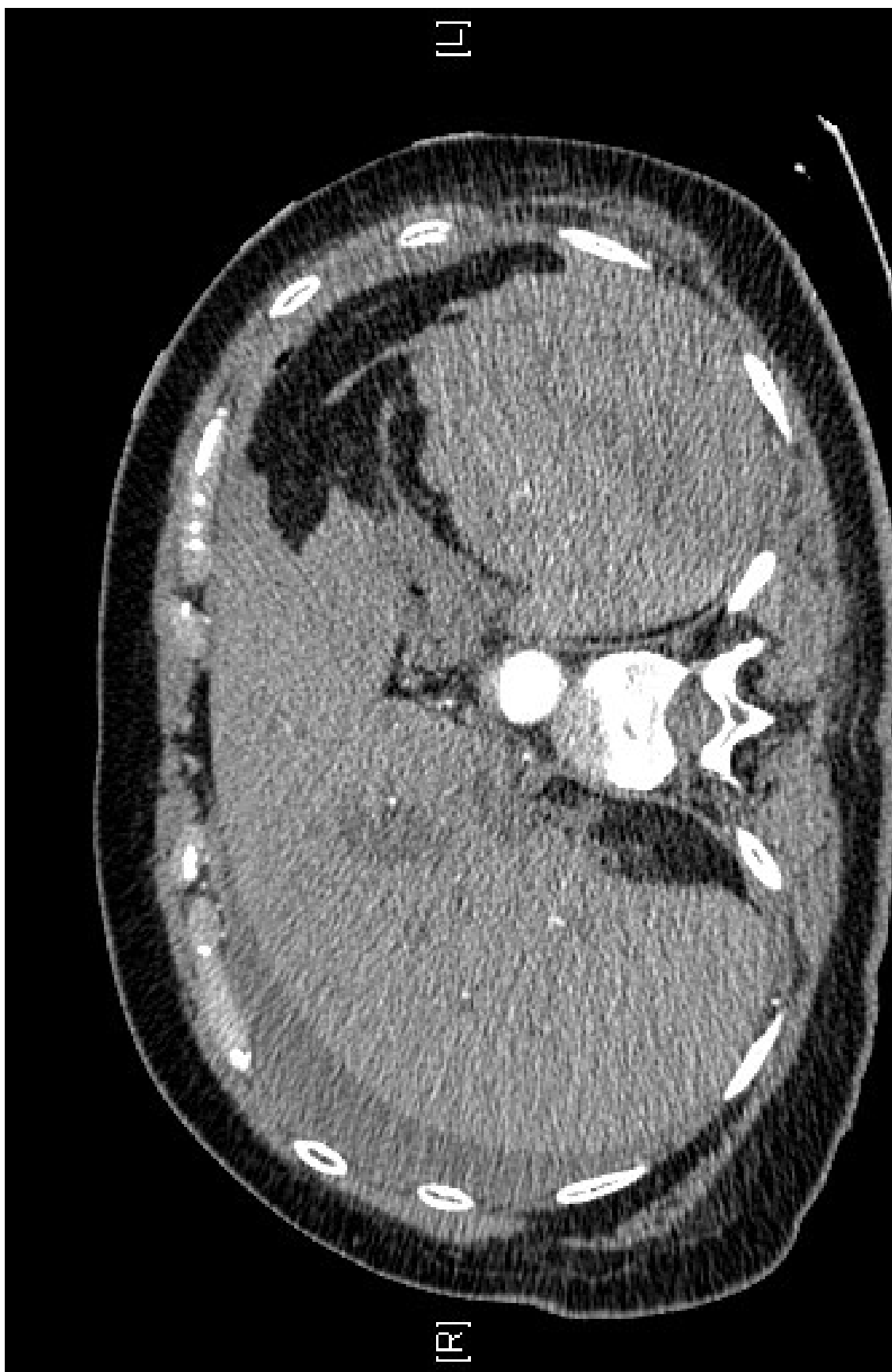
Fracturas del 6°, 7°, 8° y 10° arcos costales izquierdo, el sexto con líneas de fractura a dos niveles.

CONCLUSIÓN:

Rotura esplénica con importante hematoma periesplénico y en ligamentos gastrohepático y gastroesplénico.

Fracturas costales izquierdas.

Fecha / hora Impresión: 03-05-2015 /16:43







CONCLUSIONES

- **DIAGNÓSTICO DIFÍCIL**
- **PROBLEMA INFRADIAGNOSTICADO**
- **DIAGNOSTICO TARDÍO**
- **PRESENTACION CLINICA INESPECIFICA**
- **FUNDAMENTAL:**
 - **SOSPECHA CLINICA**
 - **TRATAMIENTO PRECOZ**



**HASTA QUE LA PIEZA ENCAJE
GRACIAS**