



## CASOS CLÍNICOS

## Caso Clínico: Dolor torácico en postoperatorio

Maldonado J (1), Paz D (2).

(1) Hospital Universitario San Cecilio Granada.

(2) Hospital de Denia, Alicante.

**Resumen**

Paciente de nacionalidad inglesa de 51 años que sufre caída en parapente en Sierra Nevada. Presenta fractura de diáfisis humeral izquierda y fractura abierta radio-cubital distal del mismo lado.

Acudo a verlo a planta previo a quirófano y encuentro paciente sin antecedentes personales de interés salvo apendicectomía, no fumador, no toma ninguna medicación. Refiere anestesia general previa hace 2 años sin incidencias para la referida apendicectomía.

Consciente, orientado, colaborador, no refiere pérdida de conocimiento (sus compañeros también lo afirman así) ni otra focalidad neurológica. Abdomen blando y depresible sin signos de irritación peritoneal, pulsos distales conservados. Auscultación cardiorespiratoria normal, sat O<sub>2</sub> 99% sin oxigenoterapia, no aparente dificultad de vía aérea...

**Introducción**

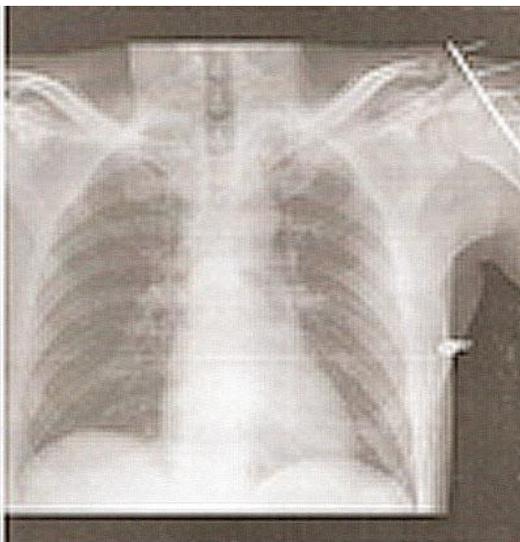
Paciente de nacionalidad inglesa de 51 años que sufre caída en parapente en Sierra Nevada. Presenta fractura de diáfisis humeral izquierda y fractura abierta radio-cubital distal del mismo lado.

Acudo a verlo a planta previo a quirófano y encuentro paciente sin

antecedentes personales de interés salvo apendicectomía, no fumador, no toma ninguna medicación. Refiere anestesia general previa hace 2 años sin incidencias para la referida apendicectomía.

Consciente, orientado, colaborador, no refiere pérdida de conocimiento (sus compañeros también lo afirman así) ni otra focalidad neurológica. Abdomen blando y depresible sin signos de irritación peritoneal, pulsos distales conservados. Auscultación cardiorespiratoria normal, sat O<sub>2</sub> 99% sin oxigenoterapia, no aparente dificultad de vía aérea...

Estable hemodinamicamente TA 110/70 frec card 75 lat/min, orina normal. Adjunto radiografía de tórax, en principio no observo datos patológicos de interés, no neumotórax, no derrame pleural...



El paciente no se ha realizado ECG y en quirófano al conectarlo al monitor aparece ritmo sinusal.

En intraoperatorio se realiza inducción con propofol, fentanilo y rocuronio y mantenimiento con Propofol y remifentanilo en p.c.i.v. con monitorización BIS. Se despierta sin incidencias y se traslada a Reanimación donde tras varias horas sin incidencias se traslada a sala de hospitalización.

A las 24h de la salida de Reanimación presenta episodio de dolor centrotorácico opresivo no irradiado, por lo que se realiza un ECG en el que se aprecia elevación de ST de 3mm en V4-V6, de 1-2 mm en I,II,avL, junto con isquemia subepicárdica en V1,V2. Ingresa en UCI.

### Cuestiones

¿Debería este paciente haber tenido un ECG previo a quirófano?  
¿Cuál sería vuestra actitud con respecto a este paciente en este punto?  
Un saludo, seguiré aportando datos.

### Debate

#### Dani Paz; 11 septiembre 2009

A primera vista yo intentaría hacer el diagnóstico diferencial entre Pericarditis

Aguda postraumática y un síndrome coronario agudo con elevación del ST. Ambos cuadros pueden presentar un dolor como el que comentas. ¿Se aliviaba el dolor al sentarse? ¿Se auscultaba roce pericárdico? Sería conveniente ver el EKG. En la pericarditis es frecuente ver la supradesnivelación de V2-6 con la concavidad hacia arriba. Por otra parte de tratarse de un SCACEST la distribución parece anterior probablemente en el territorio de alguna rama de la arteria descendente anterior o alguna rama de la circunfleja. O un lateral que coja algo de cara inferior (rama posterolateral de la circunfleja).  
PLAN

- Nueva radiografía de tórax.
- Seriación enzimática. Pueden elevarse tanto CPKs y troponinas en ambos cuadros.
- Sería de gran ayuda en el diagnóstico diferencial una ecocardiografía.
- De confirmarse el SCACEST Al haber pasado 24h de la intervención y dado la baja morbilidad de una hemorragia en este caso iniciaría doble antiagregación con AAS y carga de clopidogrel, y anticoagulación con HBPM (por supuesto valorando el resto de las lesiones del paciente).
- En mi opinión, la fibrinólisis estaría contraindicada por el traumatismo grave y por la intervención.
- Dependiendo de la capacidad del hospital habría que optar por una coronariografía percutánea diagnóstica y/o terapéutica tan pronto como fuera posible.

- Para contestar a tu primera pregunta, sería conveniente haber tenido un EKG preoperatorio aunque no creo que os hubiera dado ninguna información en ese momento

#### Jesús Maldonado; 13 septiembre 2009

Estimado Dr. Paz, gracias por tu aportación. Siento no haber podido colgar el ECG. No se auscultaba roce

pericárdico. Seguimos con el caso. Olvidé poner la analítica de ingreso. Glucemia 145 GOT 67 U/l GPT 45 U/l electrolitos normales, parámetros de función renal normal. Coagulación normal Hb 14 gr/dl Plaquetas 219 000, Leucocitos 14500 con neutrofilia 88%. Intensivista de guardia ingresa al paciente y tras apertura de yeso para observar posible sangrado y evitar sd compartimental se inicia fibrinólisis con TNK.

Tras inicio de fibrinólisis el paciente empieza a estar taquipneico y con palidez mucocutánea apareciendo hipotensión y entrando en situación de shock por lo q se realiza IOT y estabilización con hemoderivados y vasoactivos. La analítica en este momento destaca hb de 8 gr/dl tras 4 concentrados de hematíes, plaquetas 85000 CK 1095 Mioglobina de 600 ng/ml y Troponina de 0,28 (éste ha sido el nivel máximo de Troponina, en descenso durante todo el proceso. coagulación alterada por la fibrinólisis, Adjunto tórax portátil nuevo tras fibrinólisis (a pesar de la mala calidad es interesante la comparación con la rx previa a fibrinólisis).

Se traslada al paciente al TAC donde se realiza TAC creaneal: normal. TAC abdomino pélvico: fractura de rama isquio e iliopubiana izquierdas con hemoperitoneo leve de localización preferente en espacio de rezius. Hígado, páncreas, bazo, riñones sin alteraciones significativas.

TAC torácico: hemotórax severo izquierdo, fracturas de arcos costales posteriores de 7ª y 9ª costillas izquierdas.

Se administran plaquetas y se realiza toracocentesis evacuadora.

El servicio de cardiología valora al paciente y realiza ECOcardio descartando derrame pericárdico y mostrando hipoquinesia leve anterior. Tras reevaluar ECG, Ecocardio,

determinaciones enzimáticas... e HISTORIA CLÍNICA se realiza un cambio radical descartando SCACEST anterolateral y diagnosticando CONTUSIÓN MIOCÁRDICA como la responsable de las alteraciones en el ECG y del movimiento enzimático. Mis preguntas son:

¿Estaba indicada la fibrinólisis? Dr. Paz ya ha comentado q no por los antecedentes.

¿Ha convertido la fibrinólisis un paciente polifracturado en un politraumatizado?

¿Serían las fracturas costales no visibles en la rx preoperatoria (posiblemente coincidían con la silueta cardiaca) las responsables del dolor torácico que el paciente refería al recibir inferiores dosis de analgesia en planta de trauma?

¿Podía haber sido de utilidad tener el ECG preoperatorio para su comparación con el ECG a la hora del dolor torácico en el día posterior?

¿Está indicado realizar pruebas de imagen tipo TAC toraco-abdominal en pacientes de este tipo aunq inicialmente la clínica no lo justifique?

¿Está infradiagnostica la contusión miocárdica en nuestros hospitales? Finalmente la evolución del paciente ha sido satisfactoria. Un saludo

**Daniel Paz; 13 septiembre 2009**

Muchas gracias por el caso. Ha sido muy interesante. De nuevo repito que sería interesante ver el EKG.

- Es una decisión difícil, por supuesto, pero tras un traumatismo de alta intensidad yo no habría lisado.

- No creo que se deban realizar TAC total-body a todos los polifracturados. Los recursos son limitados y debmos individualizar.

- En este paciente la ECO podría habernos despistado y habernos dirigido hacia patología coronaria, pero está indicado en los pacientes con contusión cardiaca que se inestabilizan para descartar ruptura septal o valvular.

- Por supuesto la elevación de troponinas es insignificante para SCACEST y se debe al traumatismo torácico.

- Me gustaría recordar que en el EKG estos pacientes suelen presentar taquicardia sinusal o latidos prematuros que se suelen resolver en 24h. Las elevaciones del ST debidas a contusión coronaria son muy raras en estos casos y deberían hacernos pensar en un infarto de miocardio primario.

- Probablemente infradiagnostiquemos esta entidad. Os recomiendo un

Algoritmo de Schultz en Crit Care Clin  
2004;20:57-70

---

**Correspondencia al autor**

Jesús Maldonado

[jesusmald33@hotmail.com](mailto:jesusmald33@hotmail.com)

Servicio de anestesiología y reanimación

*Hospital Universitario San Cecilio Granada.*

---

[Publicado en AnestesiaR el 11 de septiembre de 2009](#)

