



P-570 - EMPAQUETAMIENTO PÉLVICO PREPERITONEAL Y FIJACIÓN EXTERNA EN FRACTURAS PÉLVICAS COMPLEJAS

Yáñez Benítez, Carlos José¹; Vázquez Fernández, Jacqueline²; Fernández Rosado, David¹; Moreno Olivieri, Alberto Arturo¹; González, Marta¹; Oset, Mónica¹; Utrillas, Ana Cristina¹; del Val, José María¹

¹Hospital General Obispo Polanco, Teruel. ²PAC, Monzón.

Resumen

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica actualizada de los avances en las técnicas no angiográficas de control de hemorragia pélvica en pacientes con fracturas de pelvis inestables. Describir y analizar las indicaciones, técnica, ventajas y complicaciones del empaquetamiento pélvico preperitoneal o extraperitoneal (preperitoneal pelvic packing/PPP), así como los distintos dispositivos de fijación mecánica temporal pélvica en pacientes con fractura de pelvis tipo Tile B y C con inestabilidad hemodinámica.

Métodos: Se planteó un trabajo de revisión bibliográfica mediante búsqueda de publicaciones en PubMed de trabajos originales, de revisión, guías de práctica clínica y series de casos con las palabras clave “preperitoneal pelvic packing” (PPP) en los últimos 5 años. Se obtuvieron 10 publicaciones en total seleccionando aquellas que hicieran referencia al diagnóstico y tratamiento de pacientes con fracturas pélvicas e inestabilidad hemodinámica. Se consideró en la revisión la relación entre los distintos mecanismos de trauma y la asociación con lesiones vasculares pélvicas, las técnicas de fijación y la de packing pélvico preperitoneal.

Resultados: A pesar de los avances en técnicas de imagen, en terapia de resucitación y del tratamiento multidisciplinario de las fracturas pélvicas complejas, éstas siguen teniendo una mortalidad superior al 60% en pacientes con inestabilidad hemodinámica. La mayoría de las muertes relacionadas con fracturas del anillo pélvico tipo B (libro abierto) y tipo C (cizallamiento vertical) ocurren de forma temprana debido a hemorragias pélvicas y retroperitoneales. Estas son en 90% de los casos debido a sangrado de baja presión, principalmente de venas presacras y paravesicales. En el grupo restante de 10%, el sangrado es arterial de alta presión, donde puede observarse extravasación de contraste (blush) en la fase arterial de la tomografía. Para los primeros con sangrado venoso e inestabilidad hemodinámica se recomienda la técnica de PPP asociada a fijación mecánica anterior en X para las fracturas tipo B y posterior con C-clamp para fracturas tipo C. La fijación externa anterior es sencilla y rápida, en 15 a 20 minutos logra reducir el volumen anterior pélvico mediante la colocación de dos pines en las crestas iliacas o en los huesos supra-acetabulares. El C-clamp descrito por Ganz, como el “clamp pélvico antishock”, logra el control del sangrado mediante la reducción y fijación de la articulación sacroilíaca en 10 minutos, pudiendo colocarse en la sala de urgencias. En pacientes inestables las técnicas de fijación externa se pueden combinar con el packing pélvico mediante el abordaje extraperitoneal, colocando tres compresas en ambos espacios presacros y paravesicales, desde la parte posterior a la anterior. Éstas se retiran en 24 a 48 horas una vez controlado la hemorragia y corregida la coagulopatía. Para pacientes que persistan con inestabilidad por sangrado pélvico las técnicas de angioembolización, pueden aportar el control de la hemorragia arterial.

Conclusiones: El empaquetamiento preperitoneal pélvico es una técnica quirúrgica rápida y poco invasiva que asociada a técnicas de fijación mecánica externa pélvica, logra el control de la hemorragia de baja presión en pacientes con inestabilidad hemodinámica.