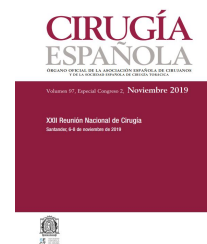




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-641 - FRACTURA PÉLVICA COMPLEJA CON *SHOCK* HIPOVOLÉMICO TRATADA MEDIANTE *PACKING* PREPERITONEAL

Martínez Rodríguez, María Isabel; Santamaría Revuelta, Cristina; Calvo García, Haydée; Oliva López, Irene; Gavilanes Calvo, Carlos; de la Hoz Riesco, María Luisa; Alcoba García, Luis Miguel; Canga Presa, José María

Complejo Asistencial de León, León.

Resumen

Introducción: Las fracturas de pelvis representan entre un 3 y 8% del total y hasta en un 20% de los casos se trata de pacientes politraumatizados que van a presentar lesiones asociadas que constituyen el factor predictivo de mortalidad más importante. Una de las principales causas de muerte hospitalaria en las primeras 24 horas después de un traumatismo pélvico es el sangrado extraperitoneal. Si la fractura pélvica es la causa de la inestabilidad hemodinámica, se debe poner en marcha la reanimación mediante un protocolo de transfusión masiva y la exploración quirúrgica para identificar y controlar la hemorragia mediante estabilización de la fractura con fijador externo acompañada de *packing* preperitoneal con compresas, reservando la angiomebolización para los pocos pacientes que muestran sangrado persistente a pesar de estas maniobras. El *packing* requiere menos tiempo quirúrgico y no necesita un equipo de radiología intervencionista especializado, además la mayoría de las hemorragias graves debidas a fracturas pélvicas son de origen venoso, y solo un 15% serán susceptibles de embolización. Tras un intervalo de reanimación (unas 48-72 horas), se procede a una nueva revisión quirúrgica para retirada o recambio de *packing*, si no ha cesado el sangrado. Aun existiendo un abordaje multidisciplinar, los pacientes con inestabilidad hemodinámica por fracturas pélvicas tienen una mortalidad superior al 40%.

Caso clínico: Varón de 63 años, precipitado desde un segundo piso por intento autolítico, ingresa en UCI por *shock* hemorrágico con fracturas abiertas en miembros inferiores, fractura conminuta de pala ilíaca izquierda, pala ilíaca derecha y rama iliopubiana derecha. Tras intento de estabilización inicial del paciente se procede a la colocación de *packing* preperitoneal conjuntamente con traumatología. A través de laparotomía media infraumbilical extraperitoneal se colocan tres compresas a cada lado del espacio preperitoneal. Tras esto se lleva a cabo la colocación de fijadores externos en UCI para estabilizar y reducir las fracturas. El paciente evoluciona favorablemente, retirándose el *packing* a las 72 horas. Tras 43 días de ingreso es dado de alta.

Discusión: Las fracturas de pelvis suelen presentar lesiones asociadas siendo el sangrado extraperitoneal, fundamentalmente venoso, una de las principales causas de muerte. El *packing* pélvico preperitoneal, asociado a la estabilización de la fractura, constituye una técnica rápida, sencilla y efectiva para el control de la hemorragia ante pacientes con inestabilidad hemodinámica por fractura de pelvis. Reservando la arteriografía para los casos con sangrado persistente a pesar de estas maniobras. No obstante, los pacientes con inestabilidad presentan una mortalidad superior

al 40%.