

Hemipelvectomía traumática atípica

Dres. Federico Nusspaumer, Eudoxio Vivas, Luis Garaza,
y Alba Coronel de Grille *

Los autores presentan una observación de una grave herida abdomino-pelvi-crural, resuelta exitosamente. Se señalan aspectos de interés del tratamiento.

Palabras clave (Mots clés, Key words) MEDLARS: Amputation, traumatic / surgery.

El motivo de esta comunicación es presentar un caso infrecuente en la vida civil de un paciente con gravísimas lesiones, que culminaron con una hemipelvectomía atípica y desarticulación de su miembro inferior. El tratamiento de urgencia presentó varios aspectos de interés, que se destacarán.

OBSERVACION

Hombre de 26 años, que minutos antes del ingreso al Servicio de Urgencia del Hospital Pasteur, había sido tomado por una máquina de hacer paté en un frigorífico.

Examen al ingreso. A través de una enorme brecha abdomino-pélvica-crural izquierda pendían eviscerados prácticamente toda la masa intestinal y el colon izquierdo. El miembro inferior izquierdo yacía desarticulado casi totalmente a nivel de la cadera, y rotado 180 grados sobre su eje (Fig. 1). La brecha de pared se extendía desde el reborde costal al ala iliaca inclusive, la que fracturada y desprendida había arrastrado con ella los músculos del flanco y plano profundo de región glútea, extendiéndose hacia atrás hasta los músculos de las goteras vertebrales. Había desarticulación coxofemoral, y fractura multifragmentaria de cuello de fémur, que cuelga a través del ligamento redondo del fondo del cotilo. Pedículo femoral, cuádriceps, músculos adductores triturados. Testículo izquierdo desprovisto de envolturas colgando del cordón.

Desde el punto de vista general grave cuadro de hipovolemia aguda, con pulso y presión arterial no perceptibles. Polipnea superficial. No respuesta a estímulos dolorosos, a tal punto que las descubiertas se hicieron sin anestesia.

Medidas de emergencia. Doble descubierta y reposición en forma masiva del volumen con suero glucoclorurado. Traslado inmediato, y en la misma camilla

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 25 de junio de 1975.

Cirujano de Guardia del H. Pasteur. Médico Auxiliar. Médico anestesista. Practicante interno.

Dirección: Coronel Raíz 1854, Montevideo. (Dr. Nusspaumer).

al block operatorio, para no perder tiempo y no correr el peligro de nuevas lesiones en los desplazamientos.

Al ingresar al block enfermo en apnea. Sin hacer cambios de ropas, lavados y por supuesto sin rasurar ingresa el enfermo que es intubado de inmediato comenzándose la respiración asistida. Reposición hemática y hemostasis de gruesos vasos sangrantes.

Se cubre el enfermo con campos estériles luego de haberlo despojado de sus ropas, y mientras se logra la reposición de volumen, se hace un correcto lavado y equipamiento de la sala de operaciones.

Operación. Se inicia la anestesia, una vez que el enfermo se compensó del punto de vista hemodinámico. Se realizan abundantes lavados con suero, extrayéndose cuerpos extraños. Se resecan ampliamente las zonas desvitalizadas y se hace un nuevo balance lesional.

La asociación de lesiones óseas, vasculares, nerviosas y gran atricción muscular (solamente estaban indemnes los músculos isquiotibiales) obligó a comple-



Fig. 1.—Esquema de las lesiones que mostraba el enfermo al ingresar.

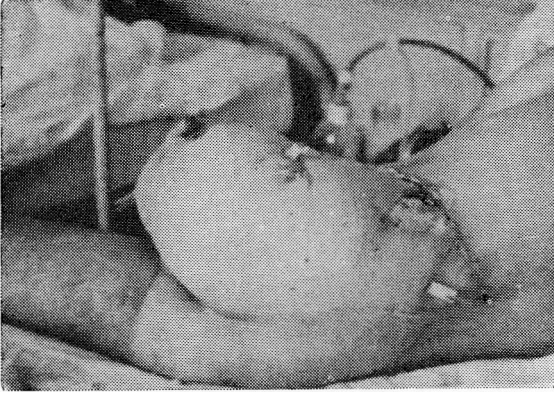


FIG. 2.—Resultado postoperatorio inmediato.

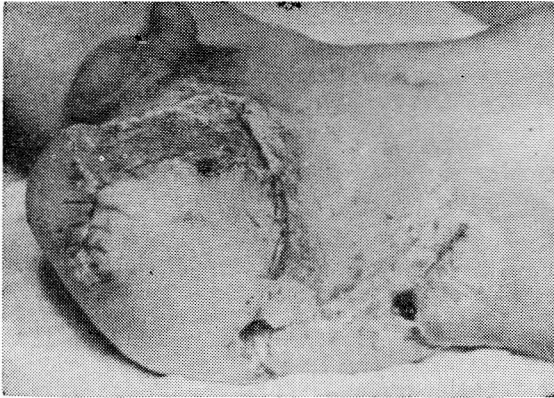


FIG. 3.—Evolución de las heridas, mostrando pequeñas zonas de necrosis.

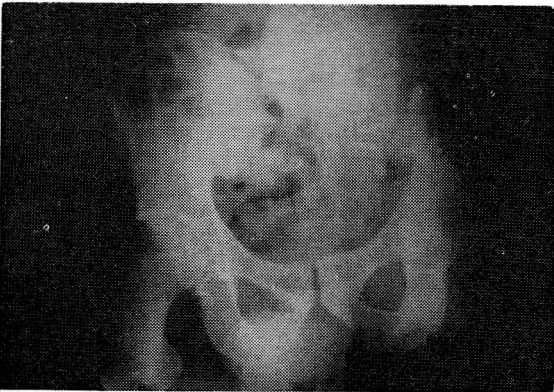


FIG. 4.—Estudio radiológico postoperatorio.

tar la desarticulación del miembro. Se extirpan los restos del hueso iliaco, con masas glúteas, dejando un buen colgajo de piel de región glútea.

Quedan fragmentos de pubis e isquion.

Se realiza un amplio lavado de las vísceras abdominales, comprobando su indemnidad. Se hace un improvisado cierre de peritoneo, y la brecha abdominal se cierra con colgajos rotados especialmente de la parte posterior (Fig. 2). El testículo izquierdo se reintegró a la bolsa escrotal. Se dejaron varios drenajes en peritoneo y logias musculares.

Evolución postoperatoria. Excelente. Las primeras 24 horas las pasó en el Servicio de Recuperación del H. Pasteur. Posteriormente tuvo como pequeñas complicaciones zonas de necrosis de colgajos, que se repararon e injertaron (Fig. 3).

Actualmente se encuentra en rehabilitación y adaptación de prótesis. Ha vuelto al trabajo, ocupando ahora tareas administrativas.

COMENTARIO

En la práctica civil, estos tipos de heridas se ven con poca frecuencia. La gravedad de las mismas, determinada por la entidad de las lesiones y el shock por acentuada hipovolemia determina que la mayoría de las veces las víctimas mueran en el lugar del accidente o en el curso del traslado.

Por tratarse de una verdadera emergencia, se debió actuar en forma coordinada entre todos los integrantes del Servicio de Urgencia, olvidando en bien de la vida del enfermo algunos principios de asepsia los cuales se realizaron apenas el paciente superó la crítica situación de hipovolemia aguda. La obtención precoz de más de una vía venosa de reposición, la ventilación apoyada y la hemostasis primaria fueron fundamentales.

RESUME

Hemipelvectomy traumatique atypique.

Les auteurs présentent une observation de blessure grave abdomino-pelvi-crurale résolue avec succès. On signale les aspects les plus intéressants du traitement.

SUMMARY

Atypical traumatic hemipelvectomy.

A case of a severe abdominal-pelvic-crural wound, successfully solved, is reported. The interesting points of the treatment are remarked.