

CASOS CLINICOS

Arrancamiento de hemipelvis con lesiones viscerales pelvianas. Hemipelvectomía

Dres. Edgardo Torterolo, Antonio Farcic y Gonzalo Fernández Perdomo *

Los autores relatan un caso de amputación traumática de hemipelvis y miembro inferior derecho y pene en un accidente de automóvil en el que quedó atrapado el miembro inferior mientras el paciente era despedido.

Fue operado de urgencia. Se completó la amputación y la hemóstasis reparando la vejiga y uretra. El cierre cutáneo se hizo con un colgajo rotado. Se practicó una colostomía definitiva dada la pérdida del esfínter y estructuras del periné posterior. La evolución fue buena con las mutilaciones correspondientes.

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

Presentamos un paciente que, a consecuencia de un accidente automovilístico, presentó graves lesiones tisulares con arrancamiento de hemipelvis, miembro inferior derecho y pene, acompañado de lesiones urinarias y anorrectales subperitoneales.

Son destacadas las consideraciones etiopatogénicas y la posibilidad de reimplantación de los genitales.

OBSERVACION

E.O. H.M.C. 169.067. Sexo masc. 21 años.

Ingreso: 29-XII-73.

Paciente que conducía un jeep a alta velocidad. Encontrándose a aproximadamente 10 Km del H. C. FF.AA., pierde el control del vehículo; su miembro inferior derecho queda atrapado entre el automóvil y un árbol, mientras es despedido violentamente, produciéndose por este mecanismo el arrancamiento.

Al ingreso en Primeros Auxilios se constata que el paciente está shockado, con pulso imperceptible. No hay compromiso pleuropulmonar, y el abdomen es libre. A nivel pelviano hay una amplia zona cruenta, sucia, que sangra por múltiples vasos, sin sangrado arterial.

No se logra compensarlo con reposición masiva a través de dos descubiertas en ambos miembros supe-

Servicio de Cirugía Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo.

riores, por lo que se decide la intervención quirúrgica inmediata para completar la reanimación.

Operación. Anestesia general. Se constata arrancamiento del coxal a nivel de la articulación sacro iliaca y sínfisis pubiana. Espacios de Retzius y Bogros expuestos, con integridad del peritoneo parietal.

Arteria y vena ilíacas no sangran. El sangrado proviene de los plexos venosos periprostáticos.

Grave destrucción de la mitad derecha del periné.

La uretra membranosa ha sido seccionada por el arrancamiento, y presenta bordes irregulares. La vejiga se encuentra abierta por una lesión lineal de su cara infero externa, que se prolonga sobre la uretra.

Los testículos han salido de las bolsas, no presentan lesiones, y cuelgan de sus pedículos.

La próstata está contusionada, separada de la vejiga. El deferente derecho está desinsertado de la vesícula seminal. Recto desgarrado, y pared externa del ano desaparecida, probablemente a consecuencia de la lesión perineal.

El pene ha sido vaciado de su contenido. Los cuerpos cavernosos y cuerpo esponjoso han quedado unidos al miembro amputado.

Se realiza:

1. Lavado profuso con suero y agua oxigenada.
2. Sutura de vejiga con gastergut. Se coloca sonda Couvelarre, que se saca a través de la piel del pene. Reconstrucción de uretra con mersilene 5-0, y se sutura su borde al orificio prepucial.
3. Hemostasis.
4. Se reintegran los testículos a las bolsas.
5. Sutura de la región anorrectal en un plano.
6. Simultáneamente otro equipo realiza una laparotomía exploradora. No se constata lesión intraperitoneal. Se realiza colostomía iliaca izquierda en asa.
7. Se reseca la piel desvitalizada, y se cubre el área cruenta con piel que viene desde el flanco (Dr. Ventós).

Durante la operación se administran 5 litros de sangre y 3 litros de suero. Al finalizar el acto quirúrgico el paciente se encuentra en buenas condiciones hemodinámicas.

Postoperatorio. Muy buena evolución en el postoperatorio inmediato, que cursa en el Centra de Cuidados Intensivos.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 7 de mayo de 1975.

Cirujanos del Hospital Central de las FF. AA.

Dirección: Gral. Baldomir, Montevideo (Dr. Torterolo).

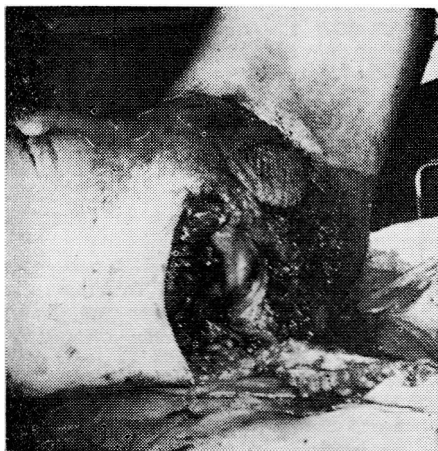


FIG. 1.—Aspecto preoperatorio del área herida. Se observa la amplia zona cruenta, y el escroto y piel del pene sin contenido.



FIG. 2.—Paciente ya curado de sus lesiones. Se observa la colostomía iliaca, y la cicatriz en la zona del arrancamiento. Una mano tracciona del escroto, para ver el orificio urinario.

A los 60 días se retira la sonda vesical y el paciente comienza a orinar espontáneamente. A los 70 días presenta cuadro de dolor hipogástrico y fiebre que cede con la expulsión de un cálculo.

Urografía de excreción: moderada dilatación del uréter y pelvis renal derecha. Resto del estudio, normal.

Se realiza fisioterapia y educación para deambular con muletas. Concomitantemente, tratamiento siquiátrico para su readaptación.

No presenta trastornos miccionales ni incontinencias al momento del alta.

Actualmente realiza tareas administrativas, y se estudia la posibilidad de reconstrucción del pene por el equipo de urólogos y cirujanos plásticos.

COMENTARIO

El arrancamiento de la hemipelvis se originó por la acción de fuerzas divergentes de gran intensidad, creadas al quedar el miembro apri-

sionado y ser el cuerpo despedido por desaceleración brusca. Este mecanismo nos explica lo extenso de las lesiones, que comprometen los sectores osteoarticular, partes blandas, aparato urinario, genital y anorrecto, y la gravedad del pronóstico de estos casos(1,2).

Wade (3), en 1965, había reunido sólo 6 casos con sobrevida en la literatura.

La litiasis urinaria es frecuente en este tipo de lesiones, por la estenosis uretral residual (3).

La colostomía definitiva es la única solución, dada la desaparición del aparato esfinteriano anal.

Consideramos que hubiese sido deseable en este paciente, dada la buena evolución postoperatoria inmediata, realizar la implantación del pene dentro de las 6 a 10 horas del postoperatorio. Todo cirujano debe estar anímico y técnicamente preparado para esta eventualidad, o contar con un equipo capacitado para realizar reimplantes.

Queda planteado como problema terapéutico a largo plazo:

a) La confección de una prótesis que le permita su deambulación sin muletas.

b) La reconstrucción del pene, lo que ya está en manos de especialistas, como mencionamos antes.

c) La reconstrucción del suelo perineal, para evitar una eventración. La dificultad para esto es la ausencia de masa glútea, que permita la reconstrucción parietal.

RESUME

Arrachement du demi-bassin avec lésions viscérales pelviennes.

Les auteurs rapportent le cas d'une amputation traumatique du demi-bassin et membre inférieur droits, et du pénis dans un accident d'automobile où le membre resta attrapé alors que le patient était éjecté. Dans l'opération d'urgence on compléta l'amputation et l'hémostase, on répara la vessie et l'urètre en pratiquant une fermeture cutanée avec rotation d'un lambeau et colostomie définitive étant donné la perte du sphincter et des structures du périnée postérieur. L'évolution fut satisfaisante compte tenu des mutilations correspondantes.

SUMMARY

Hindquarter avulsion entailing pelvic visceral lesions. Hemipelvectomy.

A man suffered an automobile accident and was thrown out of the car while the lower right limb remained caught. This resulted in the traumatic amputation of hemipelvis, right lower limb and penis. Urgency surgery consisted in completing amputation, hemostasis, and bladder and urethra reparation. Cutaneous closure was made by means of a rotated flap. A permanent colostomy was made in view of loss of sphincter and structures of posterior perineum. Evolution was good in spite of mutilations.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. JOHANSSON E, OBERUD S. Traumatic hemipelvectomy in a ten years boy. *J Bone Joint Surg*, 53 A: 170, 1971.
2. McLEAN EM. Avulsion of the hindquarter. *J Bone Joint Surg*, 44 B: 384, 1962.
3. WADE F, MACKSOOD WA. Traumatic hemipelvectomy. A report of two cases with letal involvement. *J Trauma*, 5: 554, 1965.

DISCUSION

DR. JULIO C. PRIARIO.—Nosotros por supuesto no tenemos experiencia en hemipelvectomía traumática, tenemos experiencia en hemipelvectomía por cáncr. Hemos realizado en los dos últimos años, dos hemipelvectomías por cáncr y la situación ulterior del enfermo es análoga, con la diferencia de que hemos podido conservar perfectamente el aparato genital.

En lo que respecta al problema que le preocupa al Dr. Torterolo de la eventración que se realiza por la falta de tejido, creo que no tiene mayor trascendencia. Nosotros en las hemipelvectomías de elección hemos podido conservar los músculos glúteos, que determinan una buena tapa a ese tremendo defecto. Sin embargo siempre cierto grado de pulsión con la maniobra de Valsalva se observa. Creo que no tiene mayor trascendencia y los enfermos no se han quejado por esta razón.

En cuanto a las prótesis nosotros no hemos podido hacer colocar ninguna. He visto prótesis de este tipo en los EE.UU. y son extremadamente complejas y al enfermo le cuesta mucho adaptarse a deambular con ellas. Agradecemos al Dr. Torterolo y sus colaboradores la presentación de este caso.

DR. FEDERICO NUSSPAUMER.—Felicitamos al autor por el caso presentado y queremos comentar uno

similar que tratamos en el Hospital Pasteur; un muchacho de 26 años que fue presa de una máquina de hacer paté, presentaba: desarticulación casi completa de miembro inferior izquierdo, arrancamiento del alerón iliaco izquierdo junto con los músculos anchos, testículos expuestos y vísceras abdominales expuestas.

En el primer instante logramos disminuir la hemorragia y luego de repuesto (13 a 14 volúmenes) cerramos la brecha abdominal, lo que fue posible rotando los músculos glúteos, luego de desarticular el miembro.

Nos sorprendió la recuperación rápida que tuvo, al igual que el paciente del Dr. Torterolo.

Son pacientes sumamente graves que generalmente mueren en el lugar del accidente o en su traslado.

DR. EDGARDO TORTEROLO. (Cierra la discusión). —Agradezco mucho la intervención de los colegas. Estoy de acuerdo con el Dr. Priario por lo que hemos leído de las prótesis, la mayoría — las personas no las toleran y prefieren deambular con el bastón canadiense a pesar de tener la prótesis.

En cuanto al problema de la eventración, desgraciadamente nosotros no tuvimos glúteos.

En este momento el enfermo no tiene problemas, pues tiene 23 años, pero con el tiempo los va a tener. Así que debemos plantear el problema para un futuro no muy lejano.

El caso del Dr. Nusspaumer lo conozco, es un caso interesantísimo, incluso hablamos de presentarlo juntos y lamentablemente no pudimos. Es de destacar que en la sobrevida que tuvo el caso del Dr. Nusspaumer cuenta también la cirugía precoz que es fundamental en estos enfermos. Hay que resolverlos rápidamente, porque son enfermos que pierden gran cantidad de sangre y las medidas de compresión no son suficientes para contener la hemorragia.