



P-061 - TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA PRESACRA TRAS CIRUGÍA COLORRECTAL MEDIANTE TAPONAMIENTO MECÁNICO CON BALÓN DE BAKRI

V. López, J. Fernández, J. Luján, M.T. Soriano, J. Abrisqueta, Q. Hernández y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: En cirugía rectal la hemorragia presacra es una complicación infrecuente y grave. La causa más común es la disección fuera del plano anatómico con lesión de la fascia de Waldeyer y vasos presacros. Cuando la hemorragia presacra no puede ser solucionada con maniobras quirúrgicas convencionales (ligadura, punto, electrocoagulación o materiales biológicos hemostáticos) puede ser tratada con taponamiento pélvico.

Objetivos: Presentar un caso de hemorragia presacra tras cirugía colorrectal que no respondió al manejo tradicional y en el que se utilizó taponamiento con balón hemostático (balón de Bakri) para el control satisfactorio de la hemorragia.

Caso clínico: Mujer de 50 años intervenida de adenocarcinoma de sigma. A los 5 años durante las revisiones periódicas se detecta recidiva de la enfermedad en tabique rectovaginal con invasión rectal y vaginal. Se interviene realizándose histerectomía mas doble anexectomía, resección de la pared posterior de la vagina, resección de recto con anastomosis colorrectal mecánica L-T a nivel de ángulo esplénico debido a la resección previa de sigma. Al 3º día postoperatorio comienza con rectorragia y abundante débito de material hemático por los drenajes. Se decide revisión en quirófano hallando dehiscencia parcial de la anastomosis que requiere ileostomía de protección y hemorragia presacra en sábana sin evidencia de punto sangrante realizándose hemostasia de la región con electrocoagulación y materiales biológicos hemostáticos. La paciente evoluciona de forma tórpida con altos débitos hemáticos por los drenajes y compromiso hemodinámico que no se controló con medidas conservadoras, siendo reintervenida de nuevo al 7º postoperatorio, evidenciando persistencia de la hemorragia presacra en sábana realizándose hemostasia con electrocoagulación y de nuevo usando materiales biológicos hemostáticos. Se completó la desinserción de la anastomosis, reseccándose el resto del colon hasta el asa eferente de la ileostomía y realizándose ileostomía definitiva. A las pocas horas, la paciente se inestabilizó hemodinámicamente revisándose de nuevo en quirófano y objetivando persistencia del sangrado en región presacra realizando packing con compresas para su control. A la semana se intervino retirándose packing y no se objetivó punto de sangrado activo. A los 7 días de la retirada del packing, la paciente presenta de nuevo inestabilidad hemodinámica, que no mejoró con trasfusión y medidas conservadoras, por lo que se intervino con la sospecha de resangrado. Se accedió a través de vagina realizándose extracción de gran cantidad de coágulos sin evidenciarse punto sangrante activo. Ante el fracaso de las maniobras quirúrgicas convencionales para el control de la hemorragia se decidió colocar por vía vaginal tres balones

hemostáticos de Bakri. Los balones fueron retirados al 3+er día postoperatorio. Tras ello, la paciente evolucionó favorablemente, cesando la necesidad de transfusión de hemoderivados y fue alta sin más episodios de resangrado durante su ingreso.

Discusión: El balón de Bakri ha demostrado ser un método útil para el control de la hemorragia uterina posparto por ser fácil de usar y presentar una baja tasa de complicaciones. En este caso, el taponamiento mecánico con balón resultó una alternativa eficaz en el manejo de la hemorragia presacra cuando no hay una buena respuesta al tratamiento convencional.