



P-655 - INDICACIONES DE *PACKING* PREPERITONEAL EN FRACTURA PÉLVICA INESTABLE: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE GUÍAS WSES

Juan Domínguez, Nuria Pilar¹; Quiodettis, Martha²; Valderrama, Otilda²; Domínguez, Saturnino²; Martínez-Blázquez, Candido¹; Garces Garmendia, Miguel Angel¹; Olivares Galdeano, Udiarraga¹; García López de Goicoechea, David¹

¹HUA Txagorritxu, Vitoria; ²Hospital Santo Tomás, Panamá.

Resumen

Objetivos: La principal fuente de hemorragia retroperitoneal aguda en pacientes con alteraciones del anillo pélvico hemodinámicamente inestable se atribuye al sangrado venoso en el 80%-90% de todos los casos, originados por los plexos venosos presacrales y sangrado de las superficies óseas de hueso esponjosos. Presentamos un ejemplo de caso clínico de fractura pélvica Tile C con inestabilidad hemodinámica en la que se realizaron *packing* preperitoneal + fijación externa posterior como ejemplo de manejo de esta patología.

Caso clínico: Mujer de 49 años atendida en el servicio de urgencias del Hospital Santo Tomás de Panamá tras atropello presentando cifras de TA 80/50 frec 102 con fractura en completa Tile C y eco FAST +. SE realizó laparotomía exploradora con escaso hemoperitoneo y hematoma retroperitoneal, *packing* preperitoneal y rafia vesical por ruptura extraperitoneal debida a fragmento óseo en proximidad. A las 24h se realiza revisión de *packing* y nueva laparotomía debida a inestabilidad hemodinámica a pesar de medidas de soporte en UCI, sin hallar signos patológicos. Se deja abdomen abierto mediante bolsa de Bogotá, pudiendo cerrar apropiadamente el abdomen y retirar el *packing* a las 72 h. Tras dicho procedimiento se programó para colocación de fijación externa tras 72 h con buena evolución posterior. Solo el 10-20% de todas las fuentes de sangrado pélvico son arteriales. El sangrado arterial puede ser predominante en pacientes con inestabilidad hemodinámica persistente después de la estabilización mecánica. Además, cuando el sangrado arterial está presente, la probabilidad de sangrado venoso concomitante está cerca de 100%. Dado que las fuentes de sangrado venoso están inadecuadamente administradas por angio-embolización, los estudios han demostrado que la angio-embolización guiada por ATLS de lesiones del anillo pélvico hemodinámicamente inestable resulta con altas tasas de mortalidad poslesión superiores al 40%. Estudios observacionales más recientes confirmaron que el *packing* pélvico extraperitoneal es un procedimiento seguro y rápido asociado con una mortalidad significativamente reducida en pacientes hemodinámicamente inestables con fracturas pélvicas, en comparación con los pacientes gestionados por medidas convencionales sin embalaje pélvico. En las fracturas pélvicas hemodinámicamente y mecánicamente inestables, debe llevarse a cabo junto con la fijación externa. Un reciente ensayo cuasi-aleatorizado demostró que el tiempo de procedimiento eran significativamente más cortos en el grupo pack que en el angio. La necesidad de transfusión en los primeros 24h, procedimientos complementarios (angiografía o PPP) y mortalidad no difieren entre

los dos grupos. Las pautas actuales recomiendan considerar una angiografía y ppp como procedimientos complementarios.

Conclusiones: Considerar el *packing* pélvico preperitoneal: en pacientes con inestabilidad hemodinámica relacionada con la fractura pélvica especialmente en hospitales sin servicio de angiografía [grado 1C]. Como medida quirúrgica eficaz del control de la hemorragia precoz en pacientes hipotensos con alteraciones del anillo pélvico sangrante [grado 1B]. Debe realizarse junto con la estabilización pélvica para maximizar la efectividad del control de sangrado [grado 2A]. Pacientes con inestabilidad hemodinámica relacionada con la fractura pélvica con sangrado persistente después de la angiografía [grado 2A].