



XLI CONGRESO SOTOCAV



SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO POSTRAUMÁTICO EN MIEMBRO SUPERIOR con COMPROMISO NEUROVASCULAR



A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

Xativa
16 y 17 de Mayo 2013
Casa de la Cultura



HOSPITAL DE TORREVIEJA
DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA



A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

INTRODUCCIÓN

El síndrome compartimental, generalmente postraumático, es una patología de carácter urgente dentro de la práctica traumatológica con un margen de tiempo para actuar delimitado, que requiere atención y experiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 52 años de edad sin antecedentes de interés quirúrgicos, de vacaciones en España, traído por el SAMU por accidente de tráfico (motocicleta) con deformidad importante en miembro superior derecho con puerta de entrada puntiforme sangrante.

Se realizan inmediatamente de carácter urgente una exploración, radiologías, analíticas y un TAC corporal completo (bodyTC).

Tras el tratamiento quirúrgico, se deriva a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Durante el ingreso y a corto plazo se requerirá de más pruebas de estudio: medición de la PIC y Angiografía.

RESULTADOS

Analítica dentro de la normalidad.

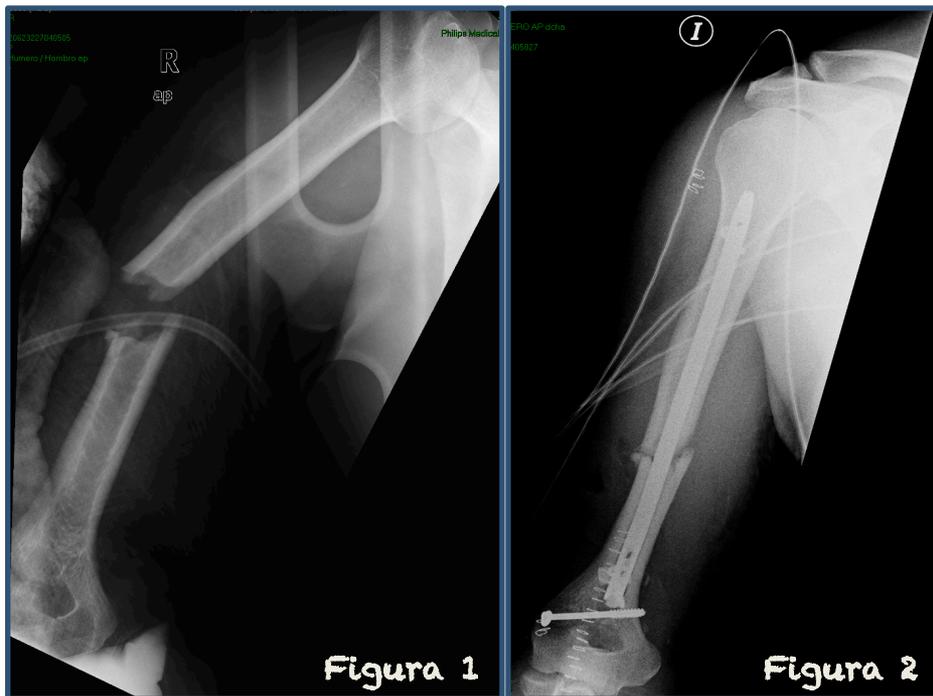
A la exploración nos centramos en MSD, con una extremidad distal anestesiada y parálitica, con pulsos débiles, palidez, frialdad, y con una puerta de entrada puntiforme sangrante (Gustilo I) con compromiso Neurovascular.

Rx: fractura simple espiroidea de tercio medio de húmero derecho con fractura de cóndilo lateral (*Figura 1*).

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

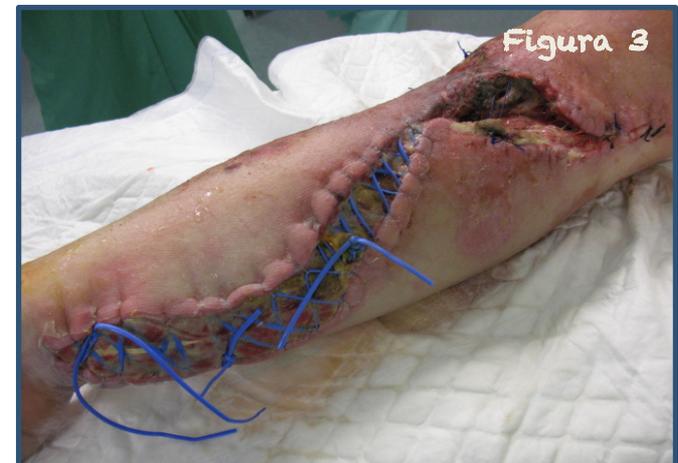
En quirófano, se interviene mediante RAFI con clavo humeral retrógrado y un tornillo anulado para el cóndilo (**Figura 2**).



DISCUSIÓN

A las pocas horas informan desde UCI por ausencia de mejoría de MSD. Tras la exploración, medición de la PIC (<40 mmHg) y angiografía, se determina un Síndrome Compartimental con lesión de la arteria braquial no seccional a nivel de codo.

Se requirió de un bypass de arteria braquial con vena safena y aponeurotomías del antebrazo (**Figura 3**).



SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO POSTRAUMÁTICO EN MIEMBRO SUPERIOR CON COMPROMISO NEUROVASCULAR

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

A la semana presentaba ausencia de mejoría, necrosis e infección (**Figuras 4 y 5**).

Tras 2 semanas de tratamiento ATB específico, desbridamientos tipo Friedrich, y varios lavados, persistía la extensión de necrosis y de exudado purulento por casi la totalidad de compartimentos del antebrazo y brazo (**Figura 6**).



Ante una escala de MESS de 9 puntos, se optó por la amputación, presentando buena evolución durante la semana siguiente (**Figuras 7 y 8**).



[A. D. Jover Mendiola¹](#), [J. O. Sous Sánchez¹](#), [C. E. Cobo Cervantes¹](#).

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

CONCLUSIONES

- ① En este caso particular, es difícil concretar si las lesiones vasculonerviosas fueron “atraumáticas” y causadas por la compresión, ó “traumáticas” y causantes de la compresión.
- ② No hay fracturas (simple o compleja) ni tratamiento (ortopédico o quirúrgico) exentos de complicarse con un síndrome compartimental agudo.
- ③ El aumento de la PIC desencadena un círculo vicioso que sólo puede romper la aponeurotomía, y pueden acrecentarse durante: la reducción, la distracción horizontal, e incluso durante la propia fijación endomedular del clavo.
- ④ Se trata de una urgencia con un margen de actuación de 6 horas aproximadamente
- ⑤ Ante Sd. Compartimental con fractura asociada, varios autores contraindican el enclavado y recurren a la FE; que no exime en modo alguno de realizar aponeurotomías.
- ⑥ Otros autores apoyan que el uso de un clavo no fresado y de menor diámetro sigue siendo la solución de seguridad, ya que cada paso de la cabeza de fresado aumenta la presión, y no es necesario realizar un fresado considerable para obtener la estabilidad, la cual depende sobretodo del bloqueo.