

## Hemipelvectomía traumática

Dres. OSCAR VARAONA, FABIAN STAROCINSKI, MERCEDES ROS,  
MARTIN FAVETTO, MARIO TACARUSO\*

Se trata de R.F., paciente de 27 años de edad, del sexo masculino, historia clínica 16.821.935, que ingresa al Servicio de Emergencias del Hospital Interzonal Eva Perón el 12/9/1993 derivado de otra institución, por presentar una hemipelvectomía traumática.

Al ingreso se constata la presencia de un shock hipovolémico y la contaminación de la superficie de amputación por restos de tierra y pasto.

Se procede a la compensación de su estado general, mediante la administración de sangre total, plasma, solución fisiológica y dextrán, obteniéndose diuresis, que hasta ese momento se hallaba ausente con posterioridad al accidente acaecido horas atrás. Las radiografías obtenidas revelan un plano de clivaje a nivel sacroilíaco hacia cefálico y a nivel de sínfisis púbica hacia caudal.

El tratamiento quirúrgico primario comprende: *toilette* amplia de partes blandas, en especial músculo necrosado; laparotomía exploratoria (el peritoneo se hallaba indemne), esplenectomía, colostomía transversa y plástica anal. En la intervención se constata la indemnidad de vejiga y recto.

Este tipo de lesión se origina al chocar frontalmente contra un árbol y cerco de alambre, conduciendo una motocicleta de alta cilindrada a gran velocidad.

Es llamativo en el estudio macroscópico de la pieza (miembro inferior), la presencia de elementos que combinan mecanismos de sección (piel con ligera indentación, pero respondiendo a un corte neto) y tracción (avulsión del plexo lumbosacro, vasos ilíacos y masas musculares como el psoas ilíaco, recto anterior, etc.).

Cabe destacar que hasta 1990 se registran solamente 23 casos de este tipo en la literatura mundial, cuyas causales comprenden, en orden decreciente: accidentes de tránsito, heridas por malacate, por maquinaria recolectora de granos y finalmente rodillos.

Los parámetros aceptados para su terapéutica en grandes centros hospitalarios podrían resumirse en:

a) Preservación vital: control del estado de shock; debridamiento amplio; hemostasia prolija.

b) En caso de no ser completa la desarticulación, y en presencia de déficit circulatorio severo, sensitivo y motor, debe completarse la misma.

c) Verificación de la indemnidad de la uretra, en especial de su porción membranosa.

d) No intentar reparación intestinal primaria, sino colostomía.

e) Prever *toilettes* periódicas de masas musculares y otros tejidos blandos en el postoperatorio inmediato.

---

\* Hospital Interzonal de Agudos "Eva Perón" (ex "Mariano R Castex"), Balcarce 900, (1650) San Martín, Provincia de Buenos Aires.



Fig. 1. Fotografía mostrando detalle de la hemipelvectomía traumática determinada por el accidente motociclístico. Nótese lo neto de la sección cutánea, pero asimismo la presencia de importantes masas musculares (recto anterior de abdomen, glúteos y psoas ilíaco), producto de la tracción ejercida sobre las mismas.

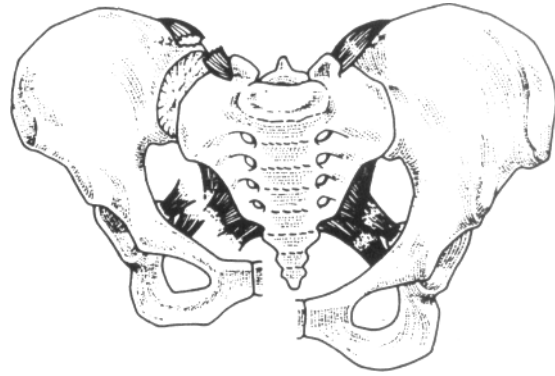


Fig. 2. Esquema del nivel de desarticulación; hacia cefálico sacroilíaco y hacia caudal a nivel de sínfisis.