

# Síndrome compartimental a nivel glúteo en paciente fibrinolizado tras infarto agudo de miocardio\*

P. Bernáldez-Domínguez, M. Cintado-Avilés y A. Jiménez Guardelino  
Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Infanta Elena. Huelva.

**Introducción.** Presentamos un caso clínico inusual que llama la atención por su etiología y localización anatómica.

**Caso clínico.** El síndrome compartimental suele aparecer, como localizaciones más frecuentes, en la pierna y el antebrazo, siendo el compartimento glúteo muy infrecuente y más aún como consecuencia de una terapia fibrinolítica en un paciente infartado. El síndrome compartimental se considera una urgencia médica, siendo el tratamiento más adecuado la fasciotomía amplia.

Se describe el tratamiento aplicado, así como la evolución posterior del paciente.

**Conclusión.** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica, para relacionar este síndrome con el uso de la terapia anti-trombótica.

**Palabras claves:** *síndrome compartimental, glúteo, cirugía, fibrinólisis, heparina.*

## Gluteal compartment syndrome in a patient treated with fibrinolytics after acute myocardial infarction

**Introduction.** An unusual clinical case of gluteal compartment syndrome related to fibrinolytics treatment is reported.

**Case report.** Compartment syndrome usually occurs in the leg or forearm. Gluteal compartment syndrome is uncommon, particularly as a result of fibrinolytic treatment of a patient with myocardial infarction.

**Conclusion.** The treatment and evolution of the patient are reported. The bibliography relative to compartment syndrome and antithrombotic treatment is reviewed.

**Key words:** *compartment syndrome, gluteus muscle, surgery, fibrinolysis, heparine.*

El diagnóstico del síndrome compartimental se basa en los signos clínicos y en las mediciones de la presión intra-compartimental<sup>1,2</sup>. Entre las causas más frecuentes se encuentran las fracturas, quemaduras, síndrome de aplastamiento, congelaciones, etc., pero también están descritos en otras circunstancias más infrecuentes como son la administración local de fármacos<sup>3</sup> e incluso por el uso de heparinas de bajo peso molecular como tratamiento profiláctico de la trombosis venosa profunda<sup>4</sup>. La localización más frecuente de este síndrome es la pierna y el antebrazo.

Se presenta un síndrome compartimental de localización y etiología muy infrecuente, dado que se originó en el compartimento glúteo y como consecuencia de la administración de terapia anticoagulante y fibrinolítica, en un paciente con infarto de miocardio que previamente había recibido una punción intramuscular en la nalga.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 66 años que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio, destacando como dato de interés que horas antes había asistido a su Centro de Salud donde se le administró una inyección intramuscular (antiinflamatorio) por referir dolor torácico «típico». En la UCI los intensivistas, tras estabilizar al paciente, instauraron tratamiento urgente con anticoagulante y fibrinólisis.

A las tres horas, el paciente comienza a tener un dolor insoportable en la nalga izquierda, que es tratado de forma sintomática con morfínicos.

### Correspondencia:

P. Bernáldez Domínguez.  
C/ Cardenal Ilundáin, 24  
41013 Sevilla.  
Correo electrónico: pedroysilvia@vodafone.es

Recibido: abril de 2004.  
Aceptado: mayo de 2004.

\*Tercer Premio SECOT 2003 de Casos clínicos.

A la mañana siguiente, el paciente sigue sin alivio, con gran dolor que no cede con analgésicos, por lo que el intensivista decide consultar al Servicio de Traumatología.

Tras valorar al paciente éste refiere un dolor intenso. En el reconocimiento se observó un importante aumento de partes blandas en la nalga izquierda, con deformidad de la misma y el estigma de la inyección intramuscular (fig. 1).

Tras la palpación, evidenciamos una tumoración de consistencia pétreo, muy dolorosa, siendo imposible movilizar la cadera al paciente. Se miden las presiones intracompartimentales a dicho nivel (usando un aparato de cateterización arterial, sin heparinizar el suero, calibrando a 0, y conectándolo a un *abocath* de 16 G).

La medición intracompartimental ascendió a 70 mmHg en el glúteo mayor, por lo que se llegó al diagnóstico de síndrome compartimental a nivel del glúteo mayor izquierdo de casi 24 horas de evolución, por lo que se derivó de inmediato al paciente a quirófano.

Realizamos un abordaje con el paciente en decúbito lateral realizando una fasciotomía amplia de unos 15 cm de longitud sobre la musculatura glútea observando el músculo glúteo mayor pálido, edematoso, y un gran coágulo profundo en él y músculo glúteo medio infiltrado por un hematoma con esfácelos (fig. 2).

Se practica desbridamiento y se extirpa todo el hematoma y demás tejidos, enviando la muestra a anatomía patológica, que fue identificada posteriormente como coágulos sanguíneos.

A nivel cardiológico el paciente evolucionó de forma favorable, asimismo, retiramos el drenaje a las 48 horas, presentando la herida buen aspecto y desapareciendo la tumoración. Con respecto a la cadera, el paciente evolucionó bien, realizando una vida normal, y tan sólo presenta como secuela cierta limitación a la abducción de la cadera afectada.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico del síndrome compartimental se basa en los signos clínicos cuya característica principal es un dolor intenso desproporcionado respecto a lo que cabe prever con el problema primario, con gran resistencia a los analgésicos<sup>1-3</sup>. Fue definido por Matsen en 1978 como «aquella condición en la que la circulación y la función tisular, dentro de un espacio fascial cerrado, quedan comprometidas por el aumento de la presión dentro de este espacio»<sup>5</sup>.

Asimismo, el factor universal que debe estar presente para que exista un síndrome compartimental es el aumento de la presión del tejido<sup>1,2</sup>, aunque para otros autores los ha-



**Figura 1.** Aspecto clínico de la cadera izquierda. (A) Importante aumento de las partes blandas en la nalga, con el estigma de la punción intramuscular. (B) Posición del paciente en la mesa de quirófano: decúbito lateral.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9358032>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9358032>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)