

Síndrome compartimental en antebrazo con lesión de plexo braquial completa. A propósito de un caso

TRAUMA GENERAL

Ester Yuste Berenguer, Pau Forcada Calvet, Amer Mustafa Gondolbeu, Jorge Fortuño Vidal, Ana Scott – Tennent De Rivas, Jaime Marín Nasarre
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

Introducción y Objetivos

El síndrome compartimental y la lesión del plexo braquial comparten baja incidencia, el traumatismo como etiología principal, con elevada morbilidad [1][3][5].

El diagnóstico del síndrome compartimental es clínico, asociado a la medición de la presión intracompartimental.

Su único tratamiento efectivo es la fasciotomía [1][2][3][4].

➤ Presentar el caso de un hombre de 18 años tras accidente de tráfico, presentando fractura diafisaria de antebrazo derecho desplazada abierta grado I con síndrome compartimental, y lesión de plexo braquial.

Material y métodos

➤ Varón de 18 años trasladado a urgencias tras accidente de tráfico.

➤ Presenta TCE sin lesión en pruebas de imagen y lesión en antebrazo derecho, sin poderse objetivar movilidad ni sensibilidad.



Fig 1. Fractura diafisaria de antebrazo abierta que se sutura e inmoviliza

➤ Se administra vacuna antitetánica y antibioterapia. Ingresa en UCI para observación y cirugía diferida

Resultados

A las 24h se reexplora al paciente, con importante barrera idiomática.

Ausencia de signos clínicos de síndrome compartimental, sí sugestivos de lesión de plexo braquial completa.

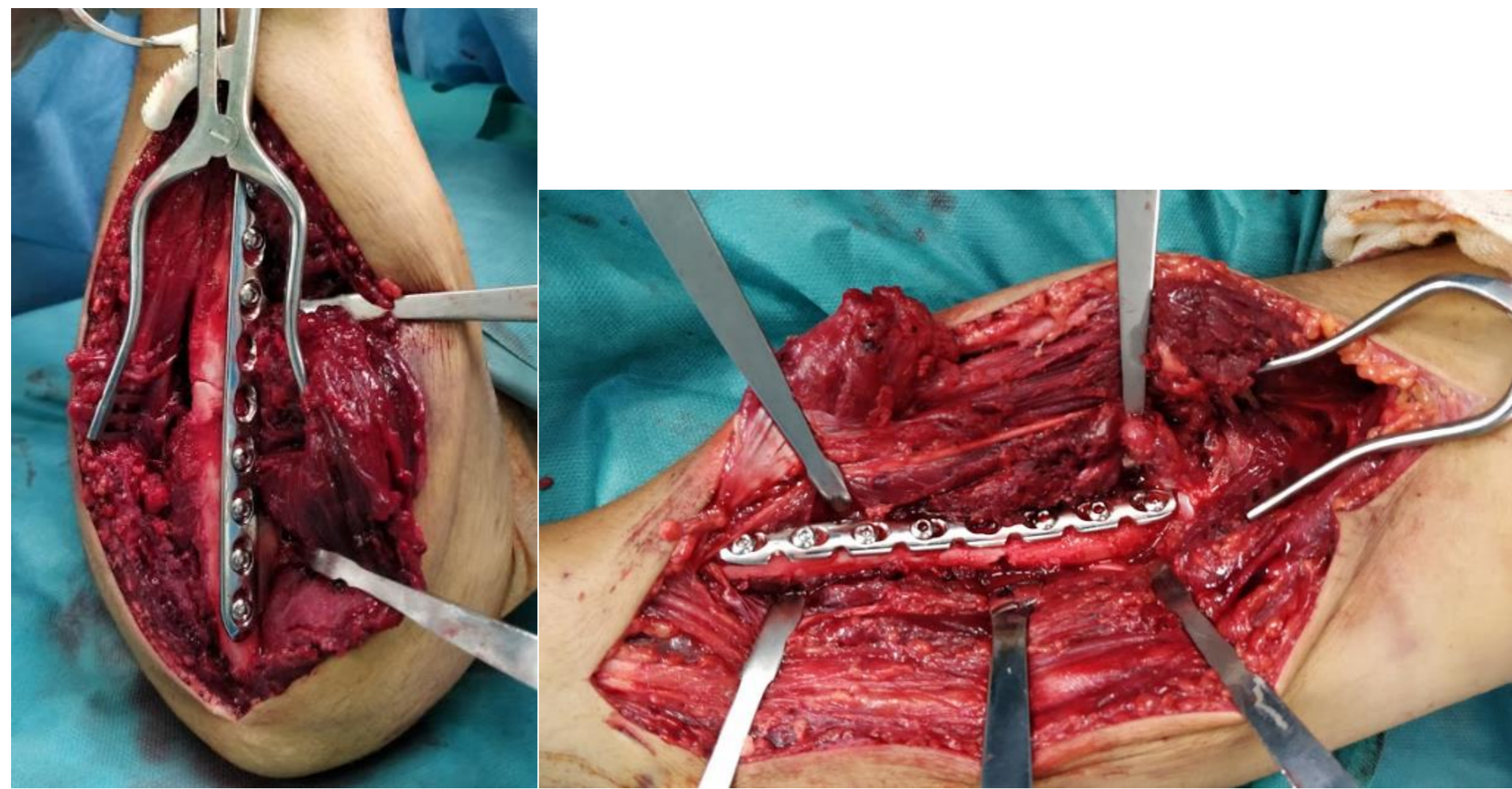


Fig 2. Cirugía a las 48h → RAFI por doble vía, apertura amplia de fascias de todos los compartimentos del antebrazo, pudiéndose suturar plano cutáneo



Fig 3. Rx de control

Después de 72h de la cirugía, con flictenas por sufrimiento cutáneo, pendientes de RM cervical y con medición de presión intracompartimental diagnóstica, se realiza apertura de heridas, apreciándose signos incipientes de isquemia y necrosis tisular parcial, confirmando síndrome compartimental.

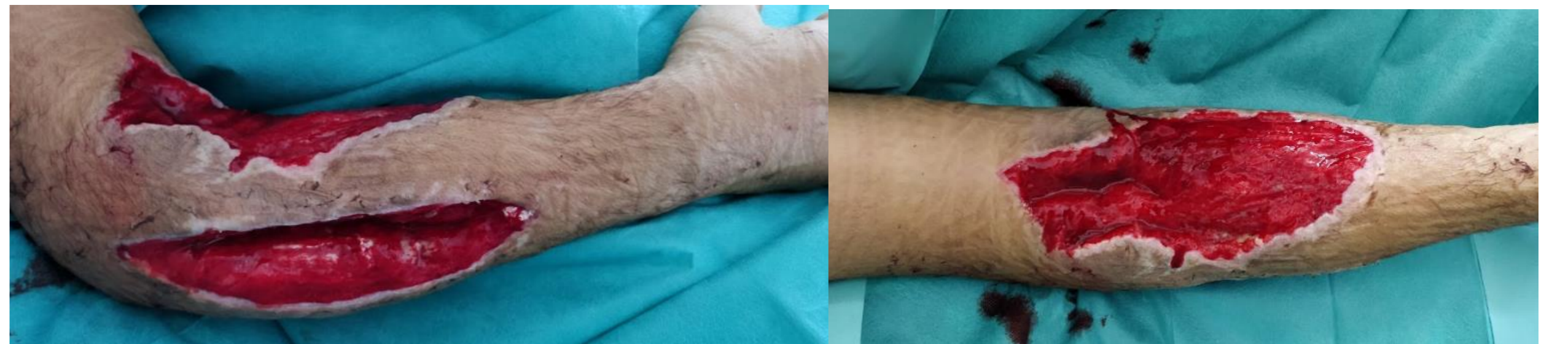


Fig 4. Se mantiene la piel abierta, realizándose curas y desbridamientos sucesivamente con utilización de sistemas de presión negativa hasta cobertura con injerto cutáneo libre

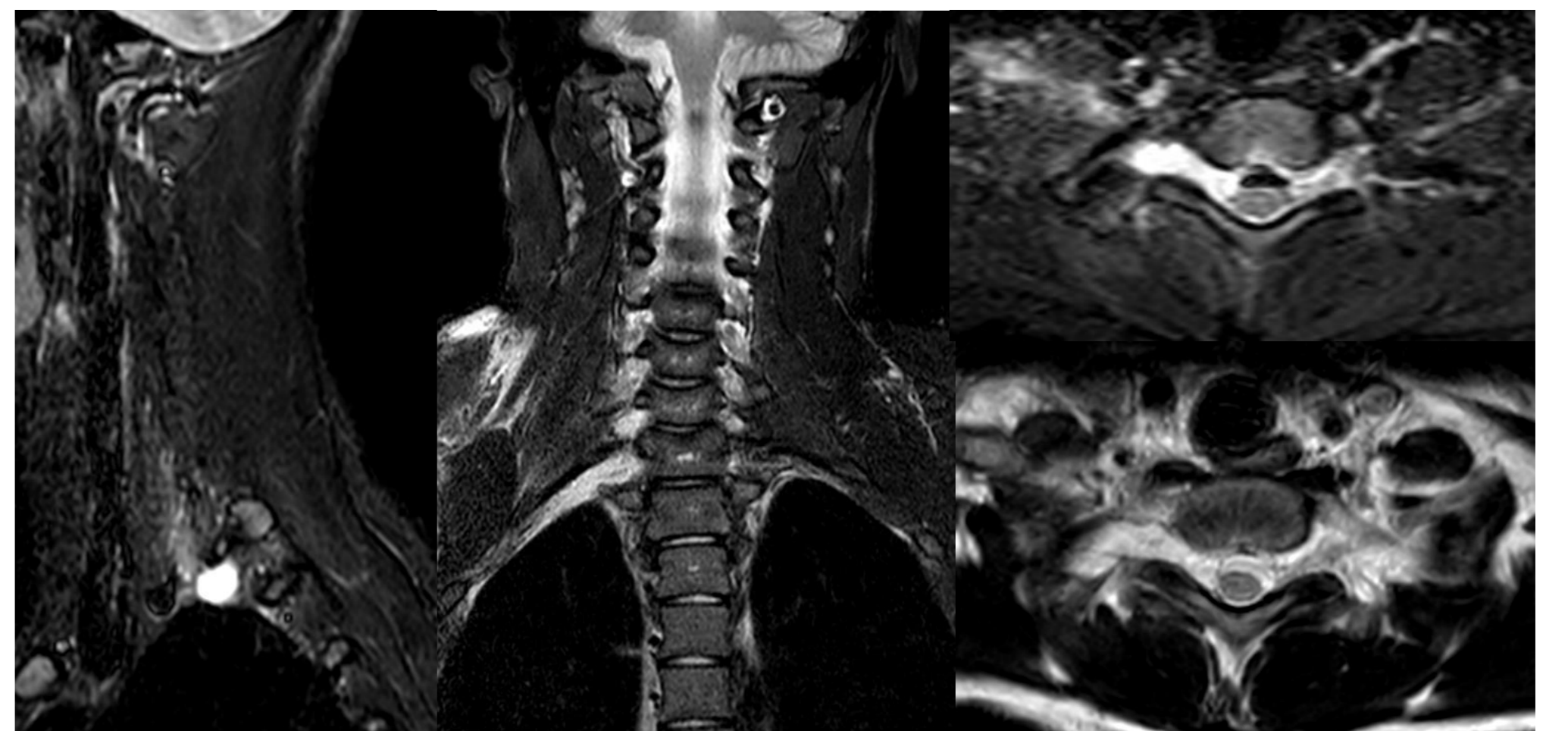


Fig 5. En RM se objetiva lesión preganglionar baja y postganglionar alta del plexo braquial

Conclusión

➤ El síndrome compartimental es un diagnóstico infrecuente, que debemos tener en cuenta tras accidente de alta energía que asocia fractura [1][3].

➤ En nuestro caso, la lesión del plexo enmascara el signo clínico principal: dolor a la movilización pasiva.

➤ En la literatura no existe evidencia del manejo en pacientes con fracturas en antebrazo que asocian lesión de plexo para sospechar síndrome compartimental [1][2][3][4][6].

➤ Sí se reporta la necesidad de explorar la función nerviosa del miembro afecto, así como mediar la presión intracompartimental en paciente que no se pueden historiar, con alteración en la exploración física o niños [3][5][6].

Bibliografía

[1] Schmidt AH. Acute compartment syndrome. Injury (2017)
[2] Faglioni Jr W et al. The epidemiology of adult traumatic brachial plexus lesions in a large metropolis. Acta Neurochir (2013)
[3] Schmidt AH. Acute compartment syndrome. Orthop Clin N Am 47(2016)517-525
[4] Auld TS et al. The correlation between the OTA/AO classification system and compartment syndrome in Both Bone Forearm Fractures. J Orthop Trauma 2017;31:606-609
[5] Zuchelli D et al. Extremity compartment syndrome following blunt trauma: a level I trauma center's 5 year experience, Jorunal of Surgical Research (2017)
[6] Kistler JM, Ilyas AM, Thoder JJ. Forearm Compartment Syndrome: Evaluation and Management. Hand Clin 34 (2018) 53-60