

UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
CAMPUS TUXTLA



BRISSA DEL MAR ANTONIO SANTOS

QUINTO SEMESTRE

LIC. MEDICINA HUMANA

ALFREDO LOPEZ LOPEZ

CLINICA QUIRURGICA

## SINDROME COMPARTIMENTAL

Es un aumento de la presión tisular dentro de un compartimiento aponeurótico cerrado, lo que determina isquemia tisular. El síntoma más precoz es un dolor desproporcionado para el grado de lesión. El diagnóstico es clínico y se suele realizar midiendo la presión dentro del compartimiento. El tratamiento es la fasciotomía

A medida que progresa la isquemia, el músculo se necrosa, y a veces se produce una rhabdomiólisis, infecciones, e hiperpotasemia; estas complicaciones pueden llevar a la pérdida del miembro y, sin tratamiento, incluso puede causar la muerte. La hipotensión o insuficiencia arterial puede comprometer la perfusión tisular con incluso presiones compartimentales ligeramente elevadas, lo que empeora el síndrome compartimental. Las contracturas pueden desarrollarse después de que cicatriza el tejido necrótico.

Las causas frecuentes de síndrome compartimental incluyen

- Fracturas
- Contusiones o lesiones por aplastamiento severo
- Lesión por reperfusión después de una lesión vascular y reparación

El dolor en general se encuentra fuera de proporción con la gravedad de la lesión aparente y se exagera con el estiramiento pasivo de los músculos dentro del compartimiento

Es necesario confirmar el diagnóstico del síndrome compartimental e iniciarse el tratamiento antes de que aparezca palidez o dejen de palparse los pulsos, signos que indican necrosis. La evaluación clínica es difícil por diversos motivos:

- Los síntomas y signos típicos pueden estar ausentes.
- Los hallazgos no son específicos porque hallazgos similares a veces son causados por la propia fractura.
- Muchos pacientes de trauma tienen el estado mental alterado debido a otras lesiones y/o sedación.

Por lo tanto, en pacientes con riesgo de lesiones, los médicos deben tener un umbral bajo para medir la presión del compartimiento (normal  $\leq 8$  mmHg), en general con un monitor de presión. El síndrome compartimental se confirma si la presión compartimental es más de 30 mmHg superior o está dentro de los 30 mmHg de diferencia respecto de la presión arterial diastólica.

El tratamiento inicial del síndrome compartimental es la eliminación de cualquier estructura que provoque constricción (p. ej., yeso, tablilla) alrededor de la extremidad, la corrección de la hipotensión, analgesia, y oxígeno suplementario

según sea necesario. Se controlan los niveles de potasio y se trata la hiperpotasemia y la rabdomiólisis según sea necesario.

Por lo general, a menos que la presión del compartimiento disminuya rápidamente y los síntomas disminuyan, se requiere fasciotomía urgente. La fasciotomía debe hacerse a través de grandes incisiones en la piel para abrir todos los compartimentos fasciales en la extremidad y así aliviar la presión. Todo músculo debe ser cuidadosamente inspeccionado para la viabilidad, y cualquier tejido no viable debe ser desbridado. La amputación se indica si la necrosis es extensa.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Principios de Cirugía S. I. Schwartz Ed., 9ª Ed. Ed.Interamericana/McGraw-Hill (1 vol.). Madrid, 2.010