

Fractura de pelvis inestable con lesión vascular: tratamiento en dos tiempos en un paciente neurocrítico.

Angel Antonio González García, Jose Manuel Martínez Díez, Sarah Mills Gañán, Patricia Crespo Lastras, Javier Pallarés Sanmartín

Unidad de Fracturas de Miembro Inferior y Politraumatizados.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Universitario La Paz. Madrid, España.

1	OBJETIVOS
	Exponer un caso de fractura de pelvis inestable con lesión vascular activa en un paciente con TCE severo y las ventajas del tratamiento secuencial respecto a otras opciones.
2	MATERIAL Y METODOLOGÍA
	<p>Varón de 26 años, precipitado desde 7 metros, trasladado a urgencias inmovilizado con faja pélvica, inestable hemodinámicamente y con un GCS 4/15</p> <p>Se realiza body-TC observándose hemorragias subdural bilateral y subaracnoidea, hemoneumotórax derecho y fractura de pelvis por compresión lateral con luxación de articulación sacroiliaca (figura 1) y focos de sangrado arterial en arterias obturatriz y glútea derechas.</p>
3	RESULTADOS
	<p>Se realiza de urgencias fijación externa de pelvis y embolización arterial selectiva en sala de radiología intervencionista (figura 2). Se descarta actuación neuroquirúrgica por las malas expectativas vitales y es trasladado a UVI. A los 22 días, tras la mejora del estado neurológico del paciente, es reintervenido procediéndose a reducción abierta a través de abordaje de Stoppa modificado y primera ventana de ilioinguinal seguido de fijación interna con placas (figura 3).</p> <p>A los 6 meses el paciente camina sin ayudas, no presenta déficit neurológico central ni incontinencia de esfínteres, aunque mantiene una atrofia del cuádriceps con déficit de extensión (fuerza 3/5). El paciente camina sin necesidad de bastones durante más de una hora al día.</p>
4	CONCLUSIONES
	<p>Las fracturas desplazadas de pelvis por compresión lateral pueden causar inestabilidad hemodinámica, que supone la principal causa de muerte en este tipo de fracturas en las primeras 24 horas. El tratamiento del sangrado es la fijación externa y la embolización.</p> <p>La Fijación externa estabiliza hemodinámicamente al paciente politraumatizado en situaciones de emergencia y estabiliza el anillo pélvico anterior (1).</p> <p>La embolización se realiza si hay sangrado arterial activo en la angiografía y comparado con el packing retroperitoneal ha mostrado mayor efectividad. (2)</p> <p>Una vez recuperado el paciente, el tratamiento definitivo es la RAFI. La observación en las radiografías de control de una buena reducción de la fractura está relacionada con una buena evolución funcional, aunque las secuelas en estas lesiones son la norma (3)</p>
5	BIBLIOGRAFÍA
	<p>1. Pelvic Fractures Treatment, Patterson LA. Emergency Medicine, 710-715. Elsevier; 2013.</p> <p>2. McDonogh JM, Lewis DP, Tarrant SM, Balogh ZJ. Preperitoneal packing versus angioembolization for the initial management of hemodynamically unstable pelvic fracture: A systematic review and meta-analysis. J Trauma Acute Care Surg . 2022;92(5):931–9</p> <p>3. Pelvic Fractures, Beebe, J. Michael, Campbells´s Operative Orthopaedics, Fractures of the Acetabulum and Pelvis, 2958-3030, Elsevier 2021.</p>

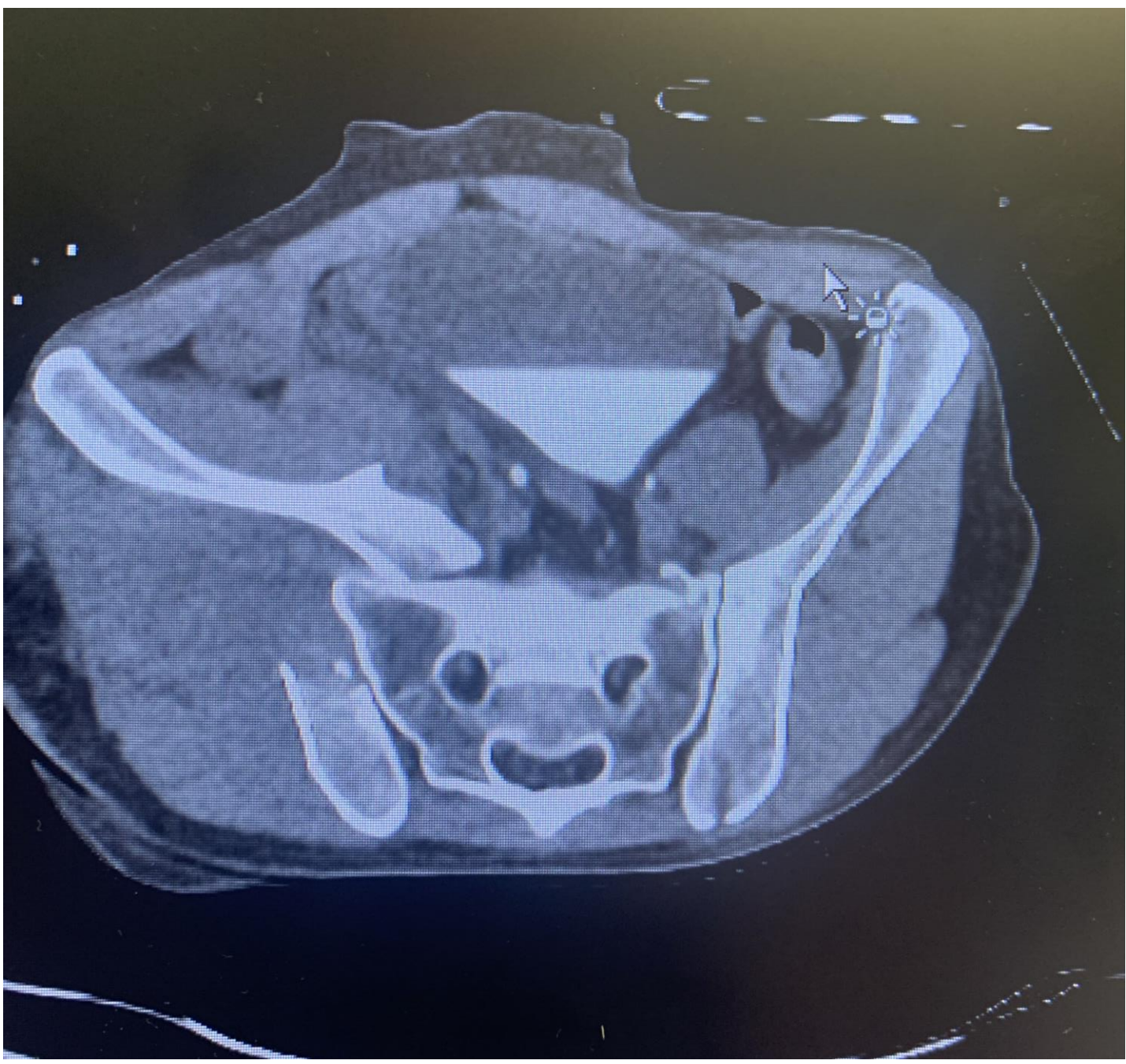


Figura 1. TC Abdominopélvico. Se aprecia luxación sacroiliaca y fractura desplazada por compresión lateral

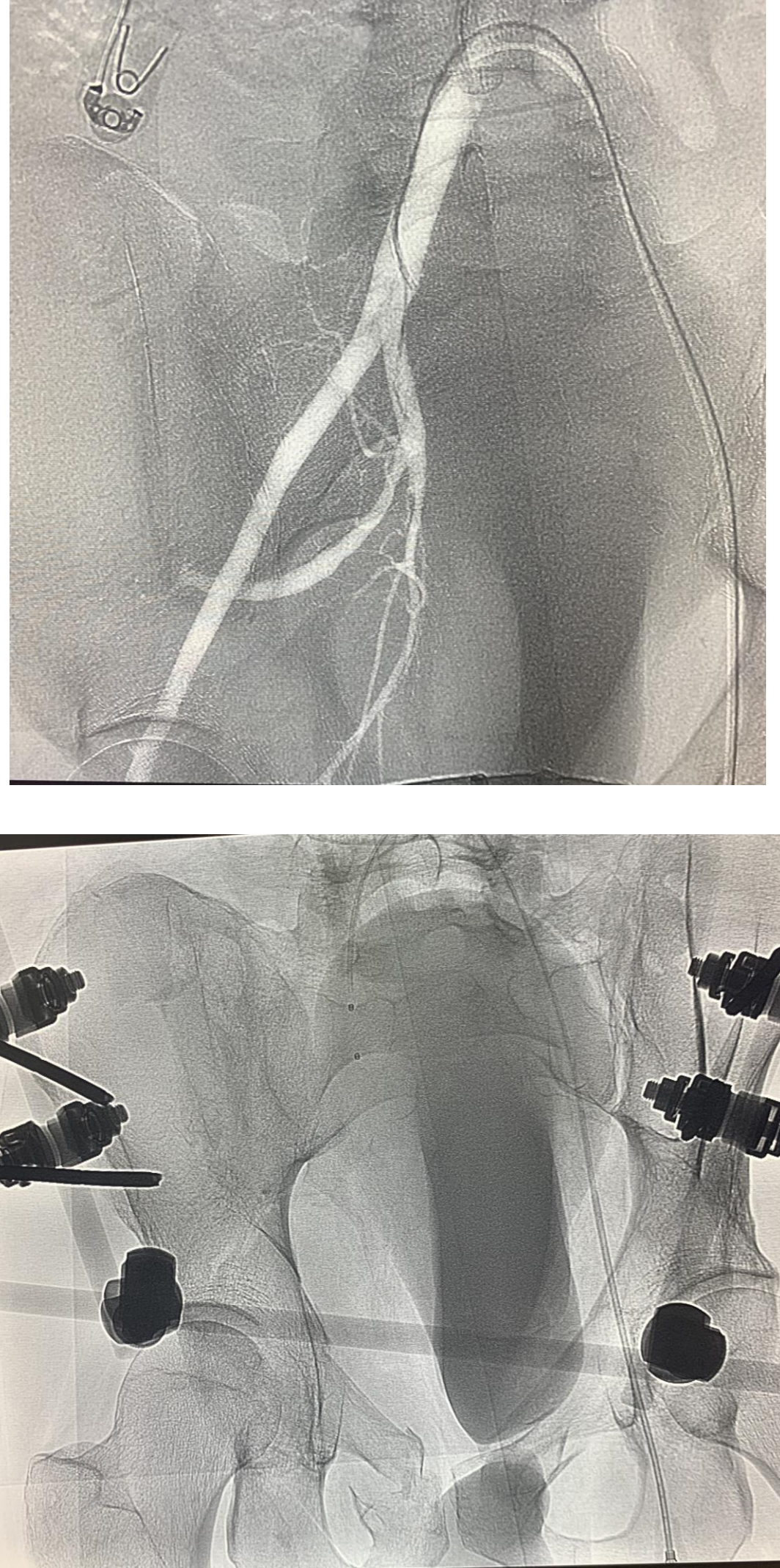


Figura 2. Fijación externa pelvis y embolización arterial. Estabilización del paciente con fijador externo en crestas ilíacas .



Figura 3. Cirugía definitiva: reducción abierta a través de abordaje de Stoppa modificado y primera ventana ilioinguinal seguido de fijación interna con placas y tornillos.