

# Revisión sistemática. Manejo de fracturas de pelvis en urgencias

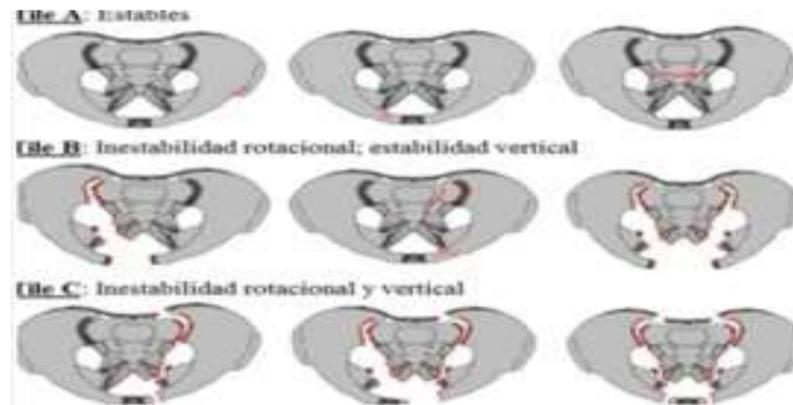
Yepes Llorente A, Algar Rodríguez A, Baquero F

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital San Juan de Dios de Aljarafe.  
Área de Gestión Sanitaria del Aljarafe (Sevilla).

## INTRODUCCIÓN

Se relacionan principalmente con traumatismos de alta de energía

Existen diferentes sistemas de clasificación, algunos se basan en el mecanismo de lesión, algunos en patrones anatómicos y otros se centran en la inestabilidad resultante que requiere fijación quirúrgica. La más empleada actualmente es la de Tile/AO que las clasifica en función de la estabilidad pélvica, la cual depende principalmente de la estabilidad de la región posterior del anillo pélvico, en las tipo A: Estables, B: Estabilidad vertical pero no rotacional y C: Inestabilidad vertical + rotacional.



La alta mortalidad del trauma pélvico está relacionada con lesiones pélvicas que sangran activamente y/o lesiones asociadas en la cabeza, el abdomen o el tórax. Independientemente de la gravedad del trauma pélvico, el diagnóstico y el tratamiento deben proceder de acuerdo con una estrategia que no demore el manejo de los pacientes con lesiones más graves.

## OBJETIVOS

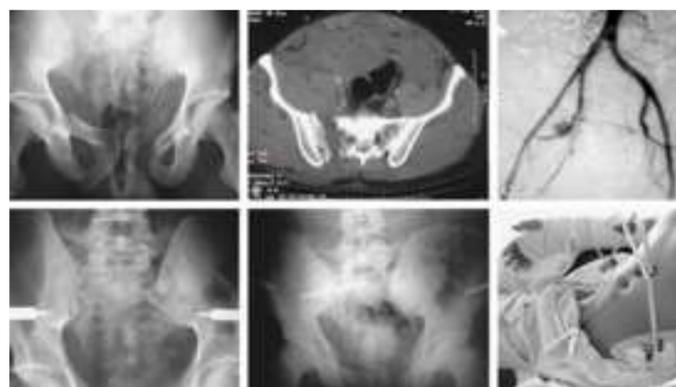
Mostrar el manejo de las fracturas pélvicas en urgencias, con las diferentes formas de estabilización pélvica y las diferentes pruebas complementarias

## METODOLOGÍA

Revisión sistemática de diferentes artículos acerca del manejo urgente de las fracturas de pélvicas sucedidas en la literatura

## RESULTADOS

El manejo inicial del trauma pélvico como en todos los demás pacientes politraumatizados consiste en restaurar las funciones fisiológicas del paciente. Las decisiones serán más efectivas cuando se combina la evaluación de la anatomía, las consecuencias mecánicas de la lesión y sus efectos fisiológicos. Los principales objetivos del manejo adecuado del traumatismo pélvico son el control del sangrado y la estabilización del estado hemodinámico, la restauración de eventuales trastornos de la coagulación, la integridad mecánica y estabilidad del anillo pélvico, y la prevención de complicaciones.



## CONCLUSIÓN

En el manejo del trauma pélvico lo primordial es el trastorno fisiológico que se genera. Es esencial detectar al paciente inestable y estabilizarlo precozmente empleando correctamente los medios y pruebas de las que disponemos.

La fijación definitiva se realizará una vez el paciente se encuentre estabilizado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Coccolini F, Stahel PF, Montori G, Biffi W, Horer TM, Catena F, et al. Pelvic trauma: WSES classification and guidelines. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2017 [citado el 20 de agosto de 2023];12:5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-017-0117-6>
2. Incagnoli P, Puidupin A, Ausset S, Beregi JP, Bessereau J, Bobbia X, et al. Early management of severe pelvic injury (first 24 hours). *Anaesth Crit Care Pain Med* [Internet]. 2019;38(2):199–207. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352556818305678>
3. Rigal S, Mathieu L, de l'Escalopier N. Temporary fixation of limbs and pelvis. *Orthop Traumatol Surg Res* [Internet]. 2018 [citado el 18 de agosto de 2023];104(1):S81–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29197635/>



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA