

FRACTURA-LUXACIÓN DE PELVIS EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Autores: Alvarez Soler, Borja*; Plaza Cardenete, Marta; Chueca Marco, Álvaro; García-Gutiérrez, César; Albareda Albareda, Jorge
¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Avda. San Juan Bosco, 15, 50009 Zaragoza. *Contacto: balvarezsoler@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las fracturas (Fx) de pelvis de alta energía tienen una alta morbilidad y suelen asociarse a accidentes de tráfico en jóvenes o a caídas en mayores. La mortalidad referida en las fx graves alcanza hasta el 40%. Entre los factores asociados a esta última, encontramos la gravedad de la lesión, TCE asociado, pérdida hemática, hipotensión, coagulopatía o si la fx era abierta. Presentamos un caso de una fractura-luxación de pelvis compleja

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de un paciente de 24 años que acude a urgencias tras accidente de tráfico. La evaluación inicial se realizó siguiendo el esquema "ATLS support". A la exploración de la pelvis, se observó intenso dolor, cadera derecha en rotación interna e inestabilidad a la palpación de espinas ilíacas. En la RX y TAC se observó luxación coxofemoral derecha y luxación sacroilíaca bilateral asociada a diástasis de la sínfisis del pubis, que se clasificó con un tipo C2 según Tile.

RESULTADOS

En el manejo en urgencias, se redujo la luxación y se colocó un estabilizador pélvico circunferencial. Tras 48h, cuando estaba estabilizado, se llevó a cabo la cirugía definitiva: Reducción abierta y fijación de la sínfisis del pubis con una placa superior, así como reducción cerrada y fijación de las luxaciones sacroilíacas con 2 tornillos percutáneos. El paciente al mes toleraba sedestación, y comenzó a deambular a las 7 semanas.



Imagen 1: TAC axial urgente: Luxación coxofemoral derecha



Imagen 2: TAC axial urgente: Luxación sacroilíaca bilateral



Imagen 3: Rx postoperatoria: Osteosíntesis estable

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el manejo urgente de las fracturas de pelvis inestables hay que conseguir una estabilización temporal de las fracturas y reducir las luxaciones articulares, ya que es prioritaria la estabilización hemodinámica del paciente. La intervención quirúrgica definitiva busca estabilizar el anillo pélvico: En las inestabilidades anteriores la fijación con placas es el tratamiento de elección, mientras que en las inestabilidades posteriores la fijación con tornillos iliosacros es óptima ya que es una cirugía percutánea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gilliland MD, Ward RE, Barton RM, Miller PW, Duke JH. Factors affecting mortality in pelvic fractures. J Trauma. agosto de 1982;22(8):691-3.
2. Herteleer M, Boudissa M, Hofmann A, Wagner D, Rommens PM. Plate fixation of the anterior pelvic ring in patients with fragility fractures of the pelvis. Eur J Trauma Emerg Surg. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00068-021-01625-z>
3. Vaidya R, Martin AJ, Roth M, Nasr K, Gheraibeh P, Tonnos F. INFIX versus plating for pelvic fractures with disruption of the symphysis pubis. Int Orthop. agosto de 2017;41(8):1671-8.

