

CASO CLÍNICO: FRACTURA ABIERTA DE PELVIS

Molinedo Quílez M. Berasategi Noriega I. Marín Puyalto D. Viñas Lopez A. Cartiel Marco N.
Hospital Universitario General San Jorge (Huesca).

OBJETIVOS

Las fracturas de pelvis se deben generalmente a traumatismos de alta intensidad, y con frecuencia se acompañan de otras lesiones. Las fracturas abiertas de pelvis son lesiones raras, con una incidencia estimada de un 2- 4% de todas las fracturas de pelvis.

El objetivo de este trabajo es presentar el manejo en nuestro hospital de una fractura abierta de pelvis tras intento autolítico.

MATERIAL Y MÉTODOS

La información ha sido recopilada a través de la revisión de las historias clínica electrónicas (OMI-AP®).



RESULTADOS

Paciente mujer de 52 años que acude traída por el 061 tras intento de autólisis al lanzarse sobre un coche en marcha.

A la exploración presenta herida inciso-contusa de orientación transversal con exposición ósea y de unos 30 centímetros de eje mayor a nivel de pelvis y flanco derechos. Pulsos distales débiles en las 4 extremidades con discreta frialdad distal.

Se decide realización de body-TAC urgente observando fracturas severas en pelvis y sacro, con afectación de ramas isquiopubianas y regiones isquiáticas. Pérdida de sustancia superficial en relación con la región de la cadera derecha donde se aprecia un enfisema subcutáneo e importantes hematomas.

La fractura fue clasificada como tipo IIIA según la clasificación de Gustilo-Anderson y tipo B2 según la clasificación de Tile.

Una hora después de su llegada a Urgencias se procedió a la colocación urgente de fijador externo de pelvis y sutura de la herida en pala iliaca derecha. Días más tarde la paciente fue intervenida nuevamente realizándose: reducción abierta y fijación interna mediante 2 tornillos canulados iliosacros y placa de reconstrucción de bajo perfil en sínfisis púbica.

CONCLUSIONES

El tratamiento inicial debe estar centrado en la estabilización hemodinámica del paciente y debe ser llevado a cabo siempre por un equipo multidisciplinar. Son claves para ello el uso de la faja pélvica y los fijadores externos, como cirugía de control de daños para evitar el second hit.

En cuanto al tratamiento quirúrgico definitivo no existe un protocolo estandarizado y debe estar individualizado en función del paciente, tipo de fractura y lesiones asociadas.