

Fracturas de pelvis ¿Le pongo un fijador? ¿Es necesaria la intervención quirúrgica? Reflexión a partir de un caso

Antonio J. Ortega Betancor, Fernando Bañolas Rodríguez, José María Monasterio Araco, Alba García Toledo, Javier Omar Pérez Castellano
Servicio de Traumatología & Cirugía Ortopédica. Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular de Gran Canaria

OBJETIVO

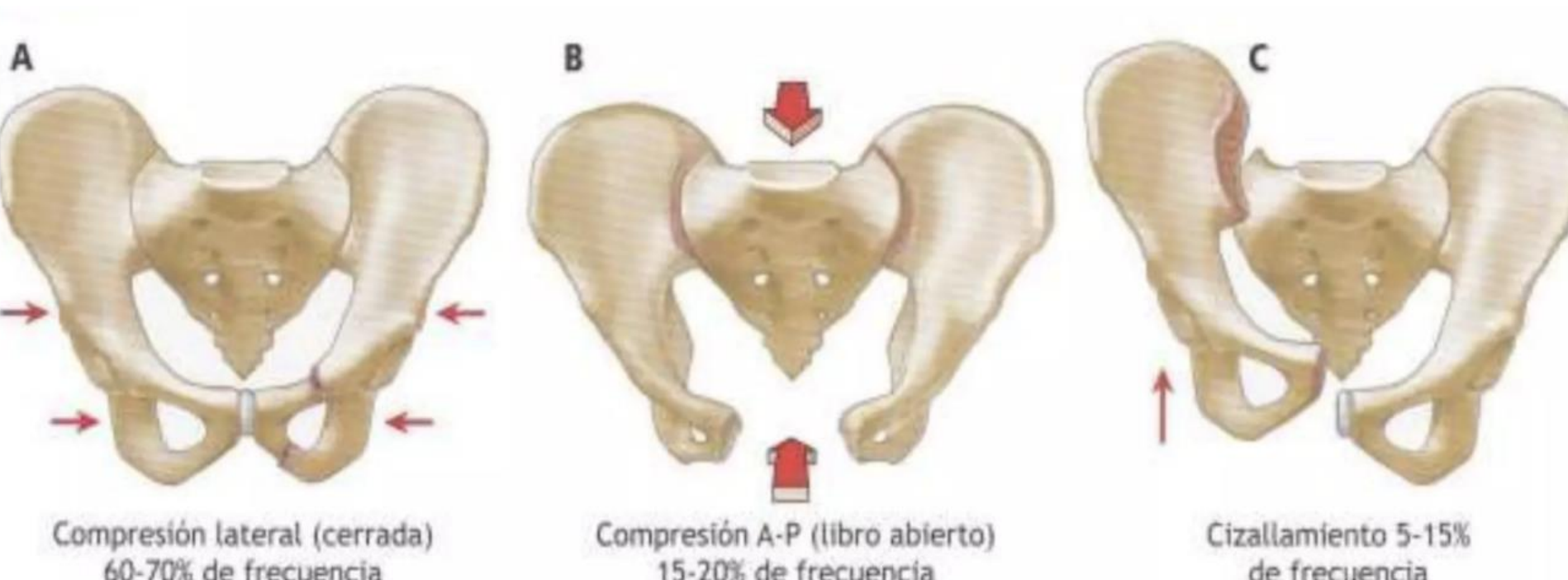
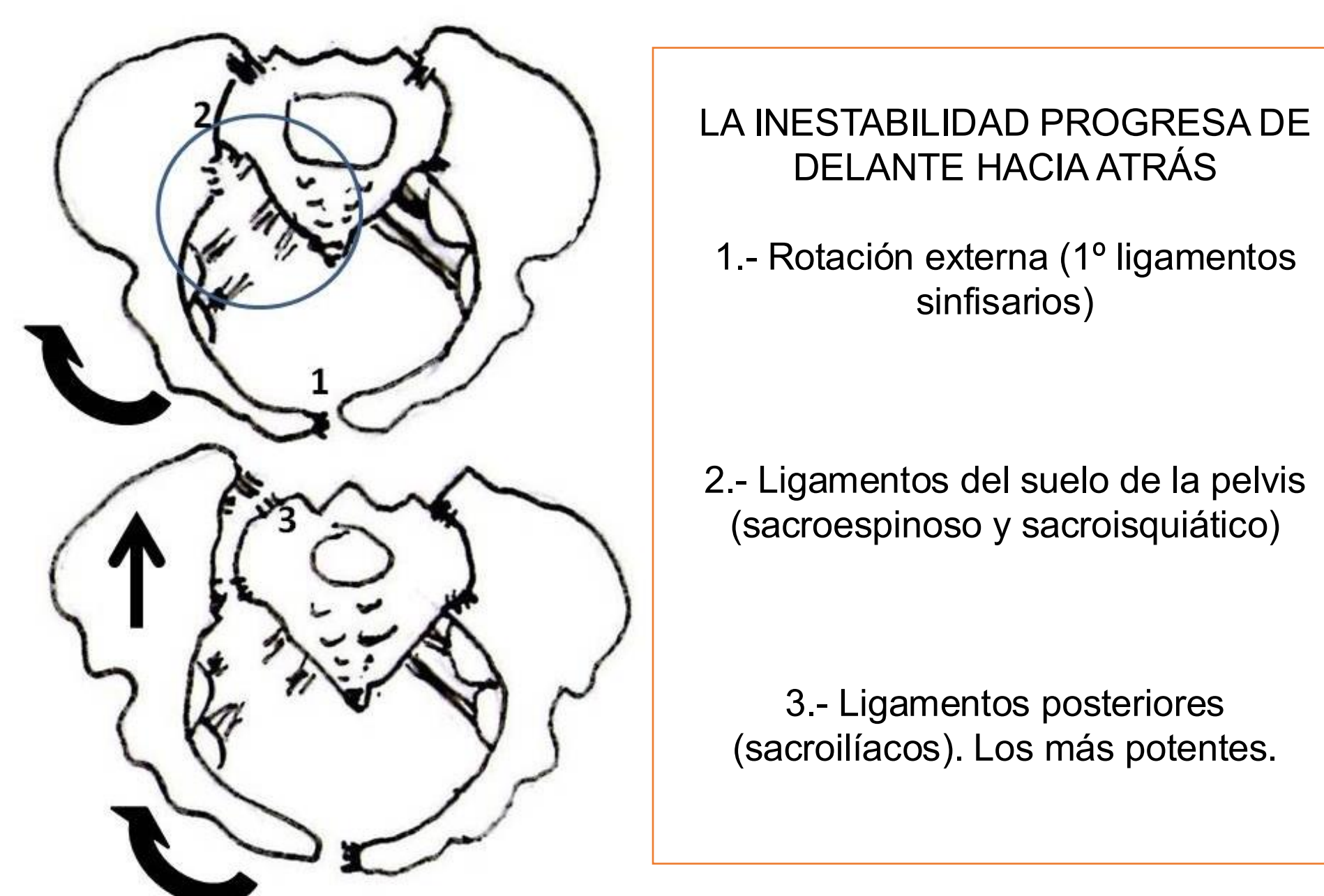
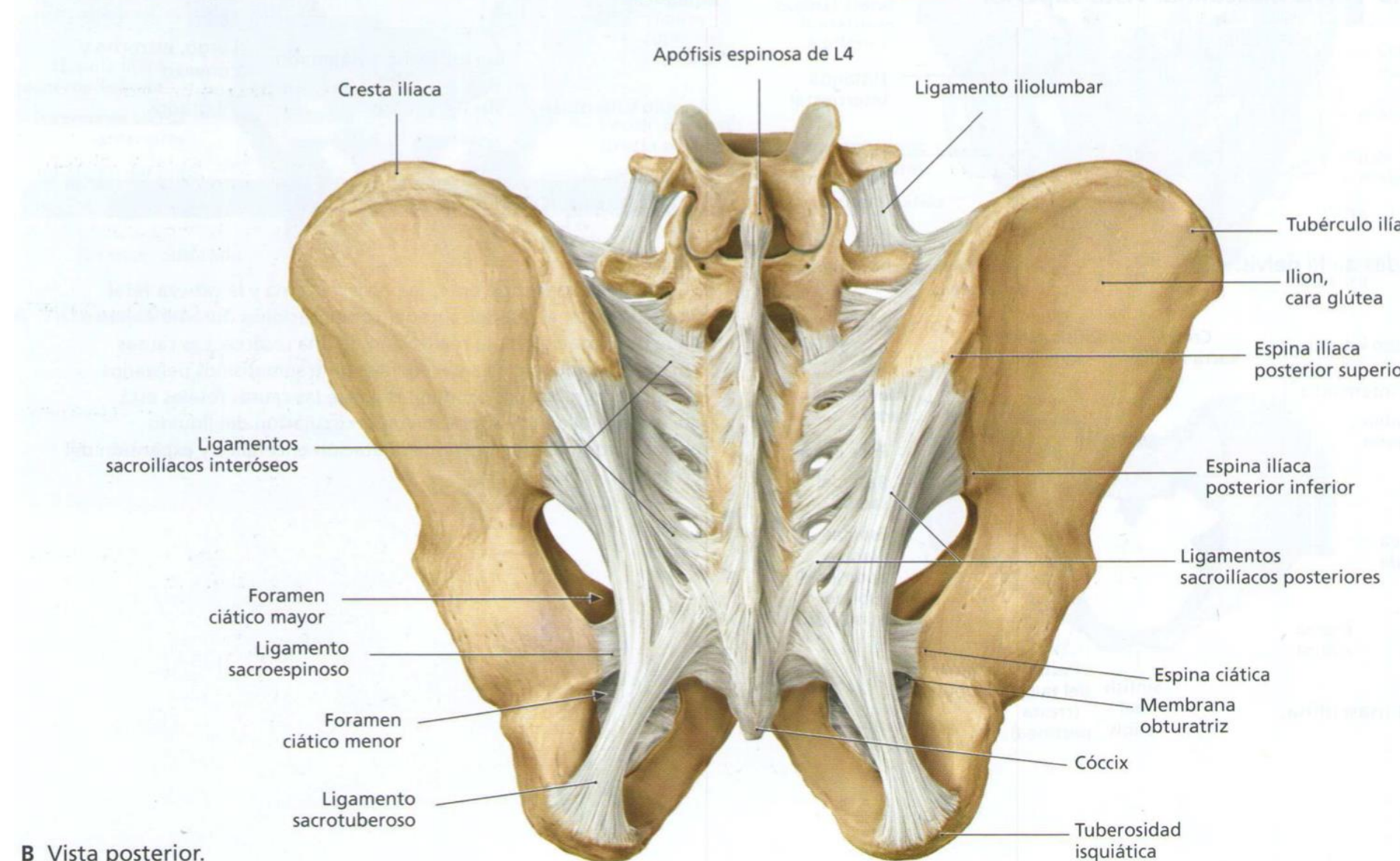
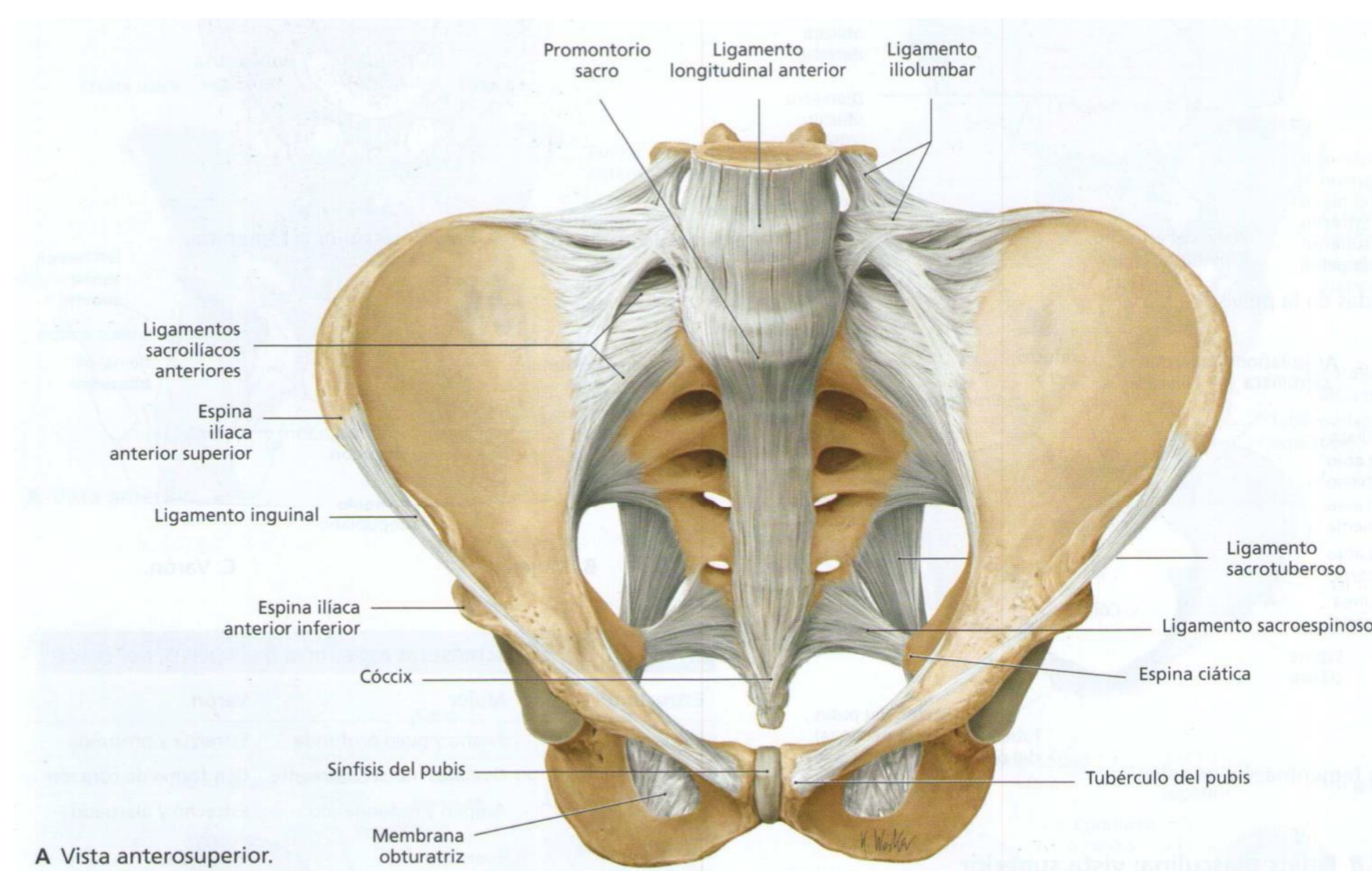
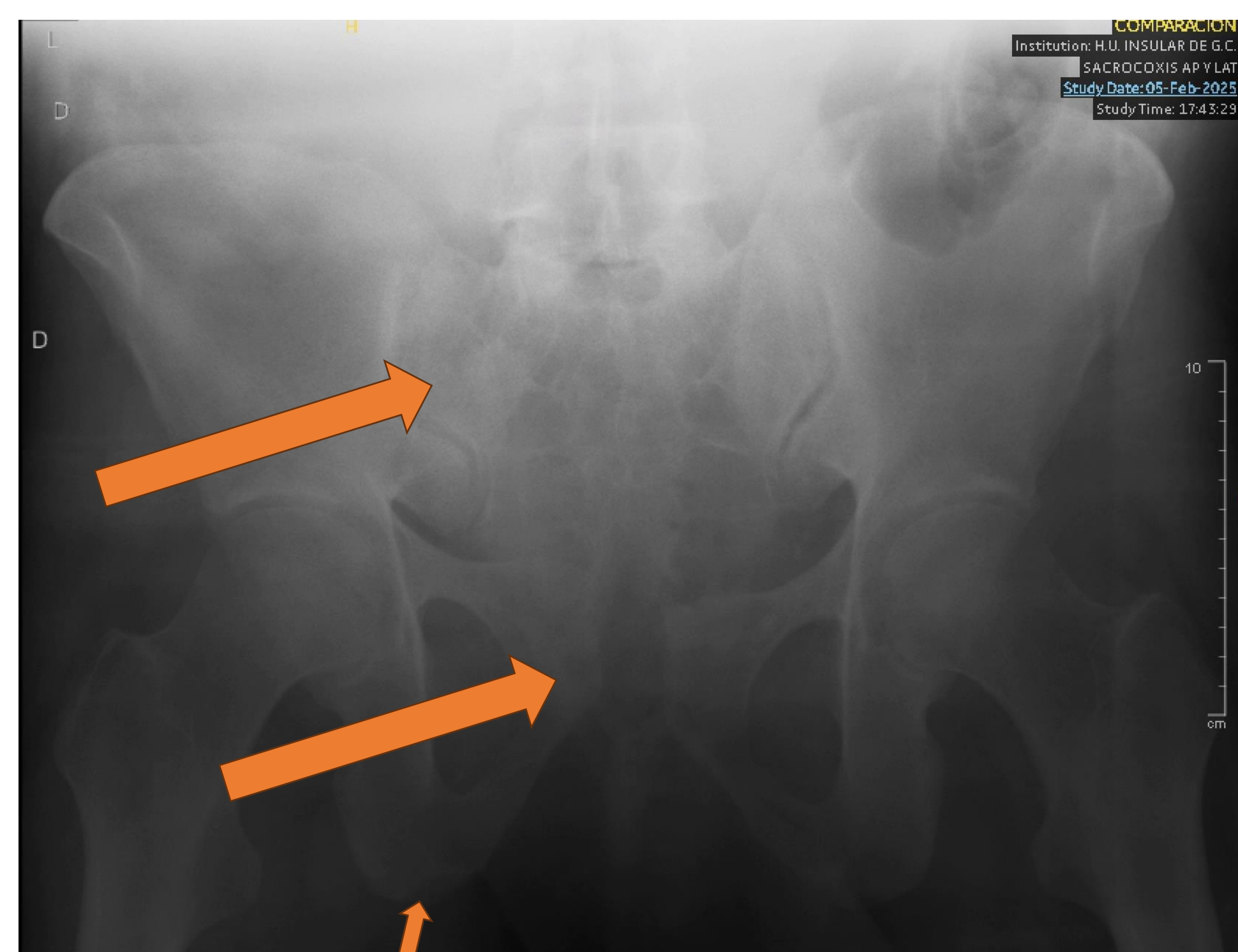
MATERIAL & MÉTODOS

RESULTADOS

Analizar el manejo de las fracturas de pelvis de forma sencilla, según su clasificación, diferenciando entre aquellas que requieren fijador externo y aquellas que precisarán de cirugía abierta posteriormente, ilustrando la explicación con el caso real de un paciente con fractura tipo B1 (en libro abierto).

Esta comunicación realiza una revisión de la literatura sobre la clasificación de las fracturas de pelvis según Tile y Young-Burgess, destacando el planteamiento y la indicación del tratamiento adecuado, de acuerdo con los criterios de inestabilidad de la fractura, aparte de la clínica y hemodinámica. Se presenta un caso clínico de un paciente politraumatizado recibido en una guardia con fractura de pelvis tipo B1, analizando y razonando el abordaje diagnóstico y terapéutico implementado.

El paciente presentaba inestabilidad rotacional sin afectación de la vertical, y fue clasificado como tipo B1. Habiéndose conseguido una estabilidad anatómica con cinturón pélvico, se declinó la estabilización con fijador externo, lográndose control hemodinámico. La evolución del paciente fue favorable durante el ingreso, con recuperación progresiva de la funcionalidad y marcha asistida autorizada, según propia tolerancia al dolor, a partir de las 6 semanas.



Recuerdo anatómico. Atlas Prometheus

¿Le ponemos un fijador externo?

INDICACIONES

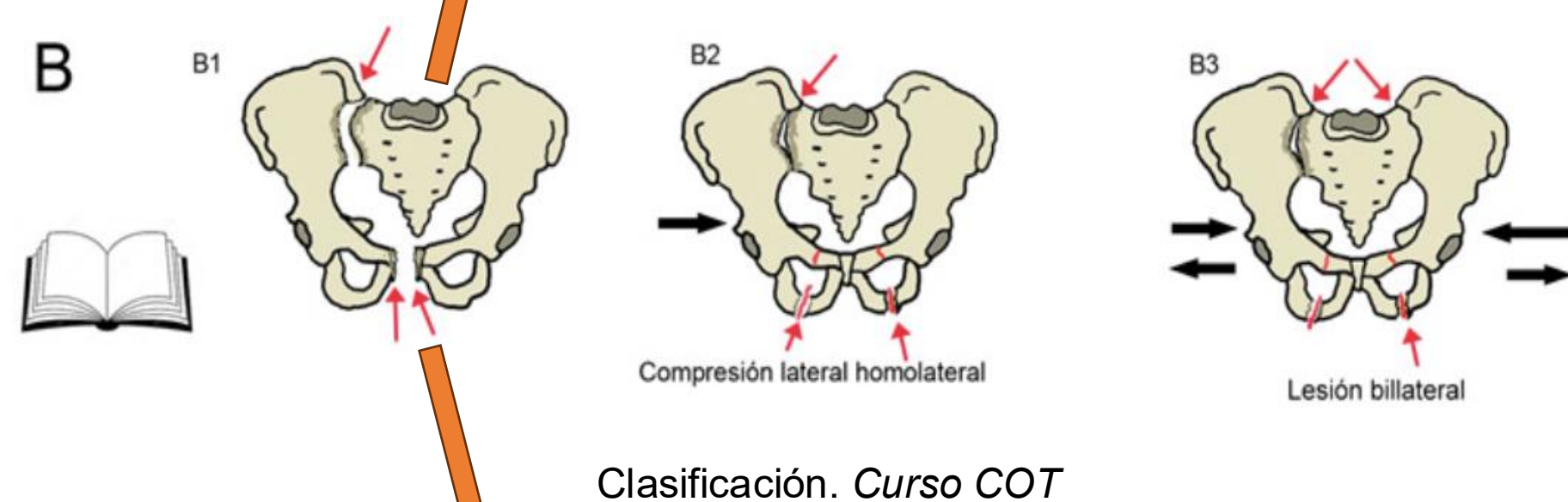
- Tratamiento de urgencia de fracturas de anillo pélvico de tipo B y C. NO es suficiente como único método de estabilización en las tipo C.
- Tratamiento definitivo de lesiones tipo B.
- Tratamiento definitivo del anillo ventral en lesiones tipo C con inestabilidad púbica tras fijación interna dorsal.
- Estabilización de apoyo en osteosíntesis internas.
- Estabilización de fracturas de pelvis en niños.

CONTRAINDICACIONES

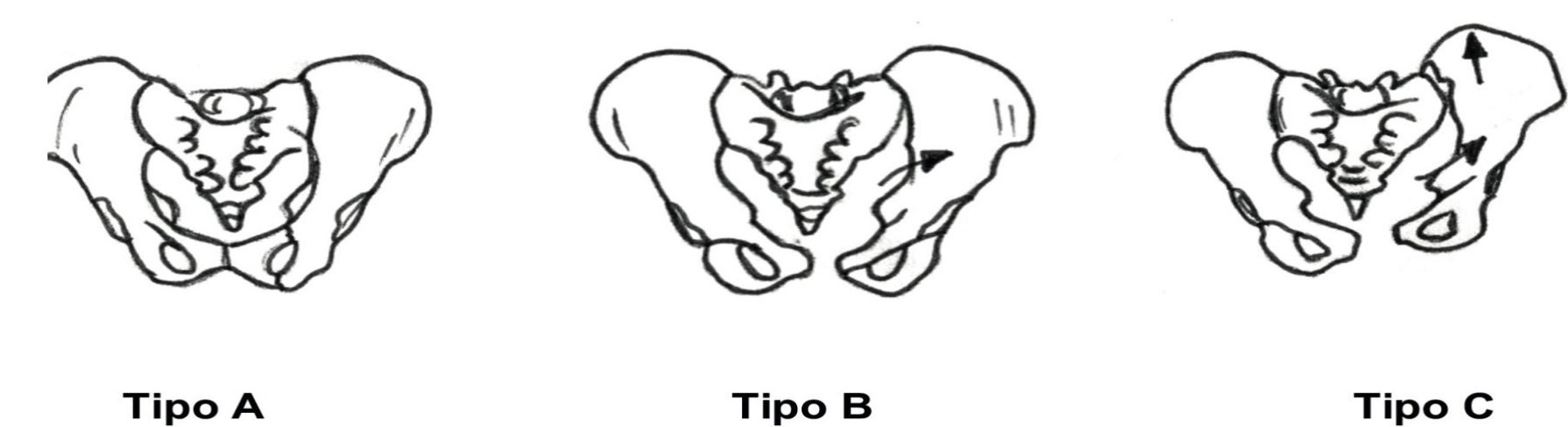
- Mal estado general (primero estabilizar al paciente. Considerar RAVI)
- Condiciones alteradas de partes blandas y/o piel Infección local
- El fijador sólo no es efectivo en obtener un efecto de tamponamiento de la hemorragia retroperitoneal debido a la ausencia de compartimentación de dicho espacio

CONCLUSIONES

Las fracturas de pelvis requieren una evaluación precisa para definir su manejo óptimo. Las fracturas inestables pueden suponer un reto tanto quirúrgico como de planteamiento. Aquéllas estables (anatómica y hemodinámicamente), como las tipo B1, suelen beneficiarse de un abordaje conservador, pudiendo requerir fijación externa según el estado general del paciente. La correcta clasificación y elección del tratamiento permiten optimizar la recuperación y reducir complicaciones.



Clasificación. Curso COT



Tipo A: lesiones estables de la cintura pelviana. 50-70% de los pacientes.
A1: fracturas que no comprometen la cintura pelviana: lesiones por avulsión.
A2: fracturas estables, desplazamiento mínimo.
A3: fracturas transversales del sacro o del coxis.
Tipo B: Inestabilidad rotatoria, pero verticalmente estables. 20-30 %.
B1: inestabilidad rotatoria externa, lesiones en libro abierto.
B2: inestabilidad rotatoria interna, lesiones por compresión lateral.
B3: lesiones posteriores bilaterales con inestabilidad rotatoria.
Tipo C: Inestabilidad rotatoria y vertical. 10-20%.
C1: unilaterales.
C2: bilateral, inestabilidad rotatoria y vertical unilateral.
C3: bilateral, inestabilidad rotatoria y vertical bilateral.

Durán Garrido, Francisco Javier Queipo de Llano Temboury, Alfonso Herrera Pérez, Mario