

FRACTURA DE PELVIS EN EDAD PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Oruetxebarria García E; Arroyo Dorado, A; Provinciale Fatsini E. J.; Ordoñez Urgilés, C; Esteve Balzola, C.

Hospital Joan XXIII, Tarragona

INTRODUCCIÓN

- Las fracturas pélvicas pediátricas son lesiones raras usualmente secundarias a mecanismos de alta energía.
- Es imprescindible conocer su patrón lesional así como las posibles lesiones asociadas.
- Debe considerarse la madurez esquelética en la toma de decisiones.

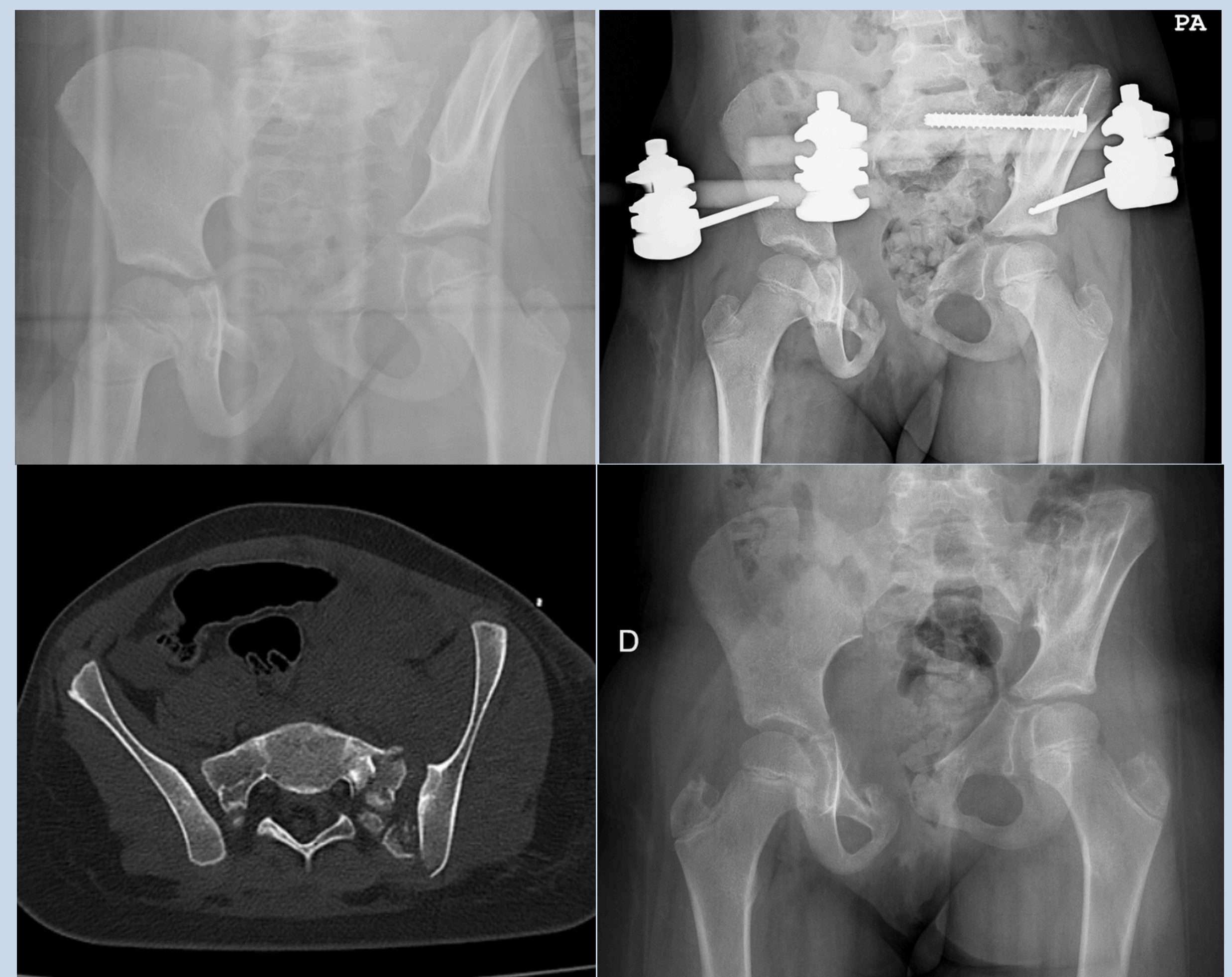


RESULTADOS

- Al año, la paciente tolera deambulación con ayuda de muletas y presenta un ligero Trendelemburg bilateral.
- Presenta Morell-Lavallée bilateral no complicado.
- Se aprecia la consolidación de las fracturas, así como una deformidad pélvica asociada a alteración esfinteriana urinaria.
- Clínica compatible con lesión del nervio femorocutáneo derecho.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Niña de 6 años
- Código politrauma prioridad II tras atropello en vía pública. Acude con collarín cervical y faja pélvica, manteniéndose hemodinámicamente estable.
- Protocolo politrauma con radiografías de tórax y pelvis. Se aprecia una fractura de pelvis inestable. Se realiza BodyTAC manteniéndose la faja pélvica y se diagnostica de una fractura con inestabilidad vertical **Torode y Zeig IV** o **Tile C/Young Burgess VS.**
- Quirófano de urgencias donde se realiza osteotaxis externa urgente con pines supracetabulares de 4mm.
- Quirófano diferido cuatro días después: osteosíntesis definitiva de la hemipelvis posterior izquierda con un tornillo canulado de 7mm.
- Se realiza extracción del fijador externo bajo sedación a las 6 semanas y del tornillo iliosacro a los 9 meses.



CONCLUSIÓN

- Son lesiones raras (menos del 1%), pero complejas. Frecuentemente se asocian a lesiones que pueden conllevar una elevada morbilidad para el paciente.
- Requieren un abordaje multidisciplinar siguiendo el protocolo ATLS
- El manejo quirúrgico dependerá de la edad del paciente y el patrón de la fractura.
- Requiere un seguimiento estrecho para evaluar las posibles lesiones asociadas, tanto en el proceso inicial como durante el proceso de recuperación, ya que algunas pueden pasar desapercibidas.
- Es imprescindible valorar siempre la madurez esquelética del paciente mediante el estado del cartílago trirradiado, ya que podría modificar el manejo.
- No existe consenso ni protocolos concretos sobre el mejor tratamiento a seguir.



CONGRESO
SECOT 62
MADRID

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

