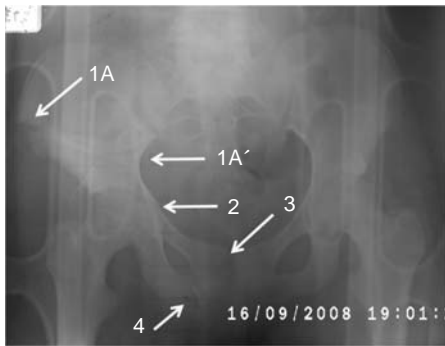


Comentarios al caso clínico sobre fracturas de pelvis

Publicado en *Orthotips* 2008; 4(4): 287-288.

Rodrigo Flores Jiménez*

1. Con base a los datos clínicos proporcionados, ¿cuáles serían sus diagnósticos presuntivos?
 - a. Choque hipovolémico grado III
 - b. Fractura de pelvis
 - c. Abdomen agudo
2. ¿Qué estudios de laboratorio y gabinete solicitaría?
 - a. Laboratorio: Biometría hemática completa, grupo y Rh, tiempo protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, glucosa, examen general de orina
 - b. Gabinete: Proyecciones AP y lateral de columna cervical, telerradiografía de tórax, abdomen simple, AP de pelvis, cistografía, TAC de pelvis
3. Describa la radiografía proporcionada (*Figuras 1 A y B*):
4. ¿Cuál sería su diagnóstico ortopédico definitivo?



Figuras 1 A y B. Es una proyección radiográfica anteroposterior de pelvis en la que se observan los siguientes trazos de fractura:

- Transverso del ala del iliaco derecho que interesa hasta el hueco pélvico,
- Fractura de la espina isquiática
- Fractura de la rama isquiática
- Fractura de la rama iliaca

* Cirujano Ortopédico del Hospital San José de Celaya.

Dirección para correspondencia:

Dr. Rodrigo Flores Jiménez. Eje Nor-Poniente Núm. 200, Consultorio 113. Col. Villas de la Hacienda. Celaya, Gto. Correo electrónico: rodrigojf.ortopedia@hotmail.com

- a. Fractura inestable de pelvis, Tile: C1-1, ya que implica disrupción del piso pelviano, incluyendo el complejo sacroiliaco, los ligamentos sacroespinoso y sacrotuberoso. La lesión anterior puede afectar la sínfisis, ramas ilioisquiopúbicas, o ambas. Tile C1: Unilateral C1.1: Fractura del ilion.

5. ¿Cómo sería el manejo inicial de la paciente?

- a. El manejo inicial estuvo a cargo del Servicio de Urgencias en donde se manejó acorde al protocolo del ATLS (ABCDE).
b. Se realizó LAPE a cargo del Servicio de Cirugía General en donde únicamente se encontró trasudado hemático, sin lesión a vísceras ni hueca ni maciza.
c. El tratamiento ortopédico definitivo consistió en reducción abierta y osteosíntesis, realizando abordaje ilioinguinal (Letournel). Esto redujo considerablemente la hemorragia y se procedió a la reparación de la herida quirúrgica (Figura 2).



Figura 2. Osteosíntesis de la fractura de iliaco con dos placas de reconstrucción 3.5 fijadas con tornillos corticales 3.5, la primera con cuatro y la segunda con cinco. Las ramas ilio e isquiopúbicas se estabilizan en forma espontánea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guyton JL. Fracturas de la cadera, acetábulo y pelvis. En: Campbell WC. *Cirugía ortopédica*. 9ª ed. Madrid: Harcourt Brace 1998: 2252-2271.
2. Tile M. Fracturas de pelvis. En: Schatzker J. *Tratamiento quirúrgico de las fracturas*. 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana 1998: 201-245.
3. Tile M. *Fractures of the pelvis and acetabulum*. 2ª ed. Estados Unidos de América: Williams & Wilkins, 1995.

RESPUESTAS QUE SE PROPONEN AL CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE FRACTURAS DE PELVIS, PUBLICADO EN ORTHOTIPS 2008 4(4): 284-286.

- | | | | | | |
|---|---|-----|---|-----|---|
| 1 | D | 6. | C | 11. | B |
| 2 | E | 7. | A | 12. | C |
| 3 | A | 8. | D | 13. | B |
| 4 | B | 9. | C | 14 | D |
| 5 | E | 10. | E | 15. | D |