

# MANEJO DEL POLITRAUMA: UNA FRACTURA SIMPLE DE PELVIS, MÚLTIPLES COMPLICACIONES

Suárez Quintero, A; Soler Vasco, B; Barrera Rodríguez, J, MJ; Blanes Pérez, A  
Servicio de COT Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.



## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las **fracturas de pelvis** afectan a 4,5/10000 personas al año. Las causadas **por traumatismos de alta energía** requieren un manejo multidisciplinar, ya que frecuentemente asocian **lesiones en otras localizaciones** que pueden comprometer la estabilidad hemodinámica del paciente. El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre las múltiples complicaciones que pueden desencadenarse tras una fractura de pelvis por mecanismo de alta energía y valorar posibles opciones de tratamiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente ♂ 60 años:  
Politraumatismo tras accidente de moto

Body TC

TCE: HSA, fractura huesos propios.  
Fractura platillo inferior C6

**Fractura de pelvis por compresión anteroposterior tipo III**

Inestabilidad hemodinámica

**Cirugía Control Daños  
FIJACIÓN EXTERNA**



### COMPLICACIÓN 1

A las 4h se constata ausencia de pulsos en MID, confirmando mediante AngioTC **trombosis de la Arteria Ilíaca Externa**



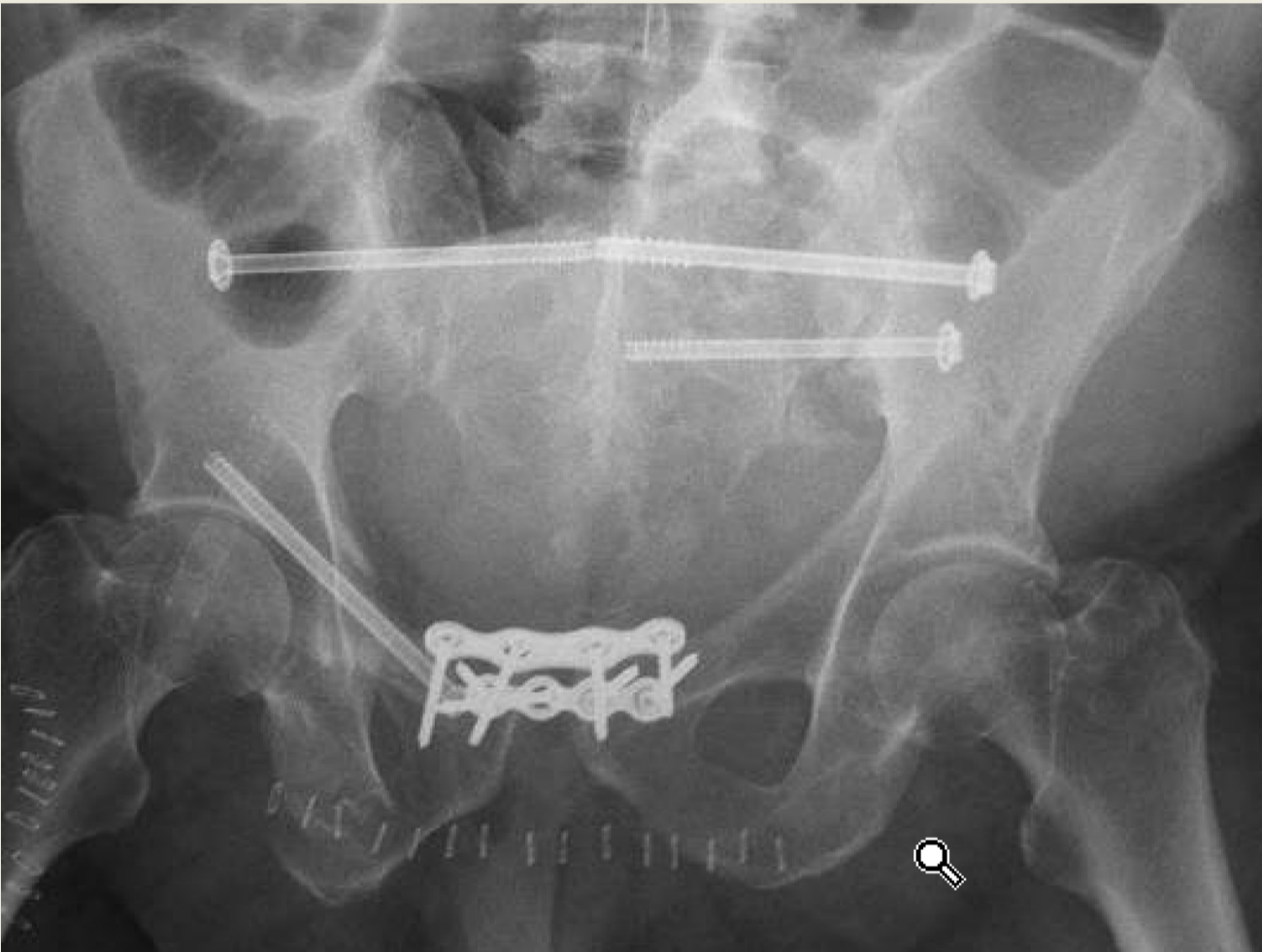
Intervención Urgente por vascular para **trombectomía y angioplastia**

### COMPLICACIÓN 2

La osteosíntesis se realizó a las 3 semanas

El paciente presentó evolución tórpida de la incisión de pfannestiel, evidenciándose movilización del material de la sínfisis al mes

Por ello se intervino para **EMO**, lavado, toma de muestras para cultivo y **reosteosíntesis**



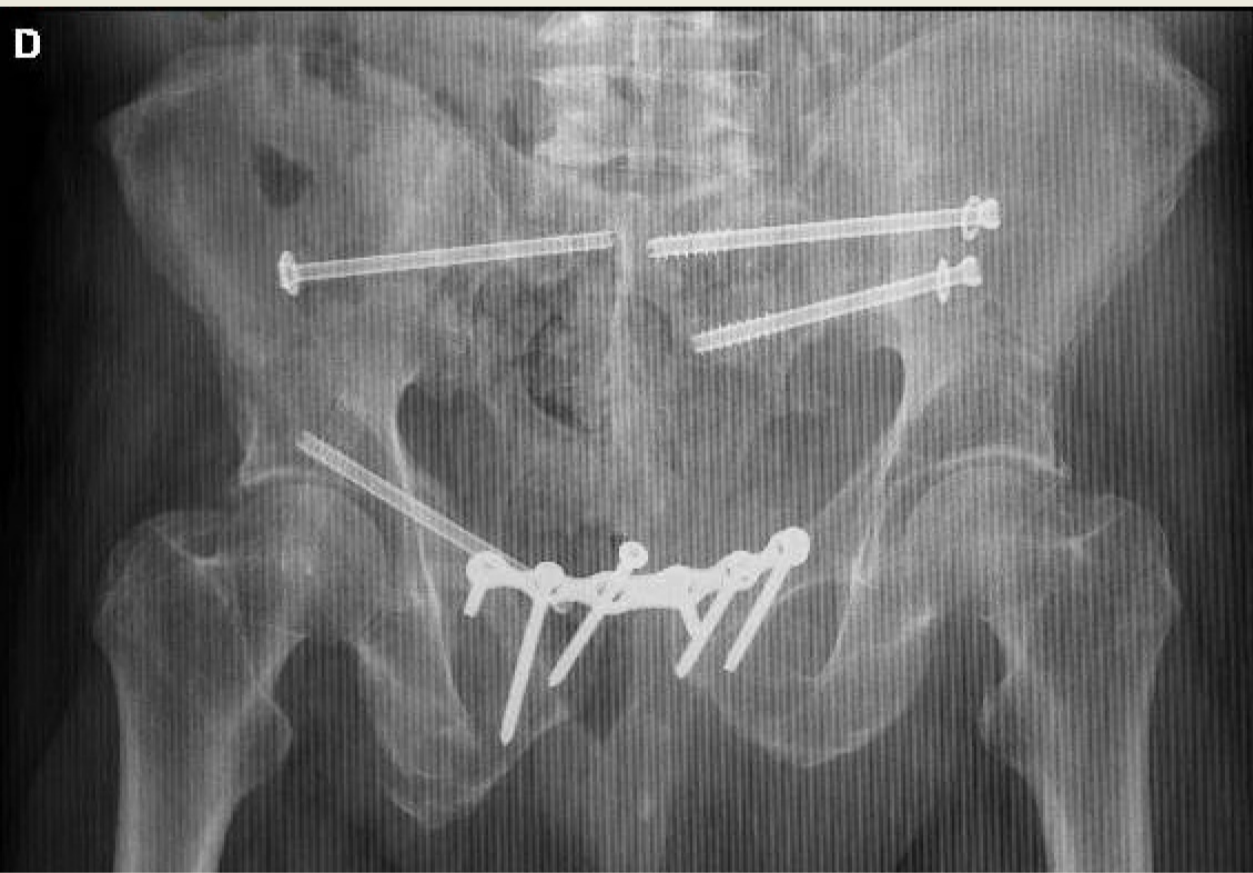
Tras la cirugía se evidencia salida de líquido claro por el redón, por lo que se realiza revisión junto a urología, diagnosticando al paciente de adherencia de la vejiga a las ramas fracturadas con solución de continuidad asociada, en probable **relación a rotura postraumática de la pared vesical** contenida por hematoma y la fibrosis: **sutura de la pared vesical y liberación de adherencias**

### COMPLICACIÓN 3

Los cultivos fueron + a **S. Epidirmidis**

Pese al antibiotico intravenoso dirigido, a las 2 semanas se visualiza nueva movilización del material.

Finalmente se realiza **EMO y fijación externa** como tratamiento definitivo



## RESULTADOS

El **fijador fue retirado a los dos meses** y la **carga se autorizó un mes más tarde**. El paciente mantuvo sonda vesical hasta realizarse una cistografía en la que no se evidenciaban fugas. Un año tras el traumatismo, ha sido dado de alta por el proceso infeccioso, continúa la rehabilitación y deambula con ayuda de una muleta. Las radiografías muestran consolidación completa manteniendo la ya conocida diástasis de la sínfisis púbica.

## CONCLUSIONES

Las complicaciones de los traumatismos de alta energía en general y de las fracturas pélvicas en particular son múltiples y complejas, lo que pone a prueba a los facultativos en la detección de las complicaciones y en la búsqueda y ejecución de soluciones.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Prieto-Alhambra D, Avilés FF, Judge A, Van Staa T, Nogués X, Arden NK, Díez-Pérez A, Cooper C, Javaid MK. Burden of pelvic fracture: a population-based study of incidence, hospitalisation and mortality. Osteoporos Int. 2012 Dec;23(12):2797-803
- Mejía D, Parra MW, Ordoñez CA, Padilla N, Caicedo Y, Pereira Warr S, Jurado-Muñoz PA, Torres M, Martínez A, Serna JJ, Rodríguez-Holguín F, Salcedo A, García A, Millán M, Pino LF, González Hadad A, Herrera MA, Moore EE. Hemodynamically unstable pelvic fracture: A damage control surgical algorithm that fits your reality. Colomb Med (Cali). 2020 Dec 30;51(4):e4214510.
- Khabiri SS, Keihani S, Myers JB. Extraperitoneal Bladder Injuries Associated With Pelvic Fracture Requiring Internal Fixation: What Is the Evidence? Am Surg. 2021 Aug;87(8):1203-1206.