

CONSOLIDACIÓN VICIOSA EN FRACTURA DE PELVIS Y CADERA. ¿ES POSIBLE LA CIRUGÍA DE RESCATE?

Ortigosa Gallego, JE; Rodríguez Sánchez, JM; Robles Sampedro, JF

Hospital de Neurotraumatología y Rehabilitación (Hospital Universitario Virgen de las Nieves)

INTRODUCCIÓN

Las **fracturas de pelvis y acetábulo** son patologías poco frecuentes y en muchas ocasiones presentan una gravedad con alto índice de **secuelas**, más si hablamos de las producidas en pacientes **politraumatizados**. Esto sumado a una **fijación provisional** que se prolonga en el tiempo puede tener consecuencias drásticas en cuanto a la pérdida de calidad de vida de los pacientes. ¿Cómo podemos afrontar este tipo de patologías complejas? Y ¿cuál será el resultado de nuestra intervención?

OBJETIVOS

Evaluar y desarrollar el **rescate de consolidación viciosa** de una fractura de pelvis y acetábulo y resaltar la importancia de la mejora de la **calidad de vida** en pacientes jóvenes que sufren un politraumatismo.

MÉTODOS

Presentamos a un paciente **varón de 36 años** que debido a un politraumatismo tras accidente de coche y una caída de 12 metros presenta: fractura vertical de **ala sacra** derecha, de **rama púbica** izquierda, de **columna anterior acetabular** derecha, de **isquion** derecho, **pertrocantérea** y **basicervical** de fémur proximal derecho tras estudio radiográfico y mediante tomografía axial computarizada.

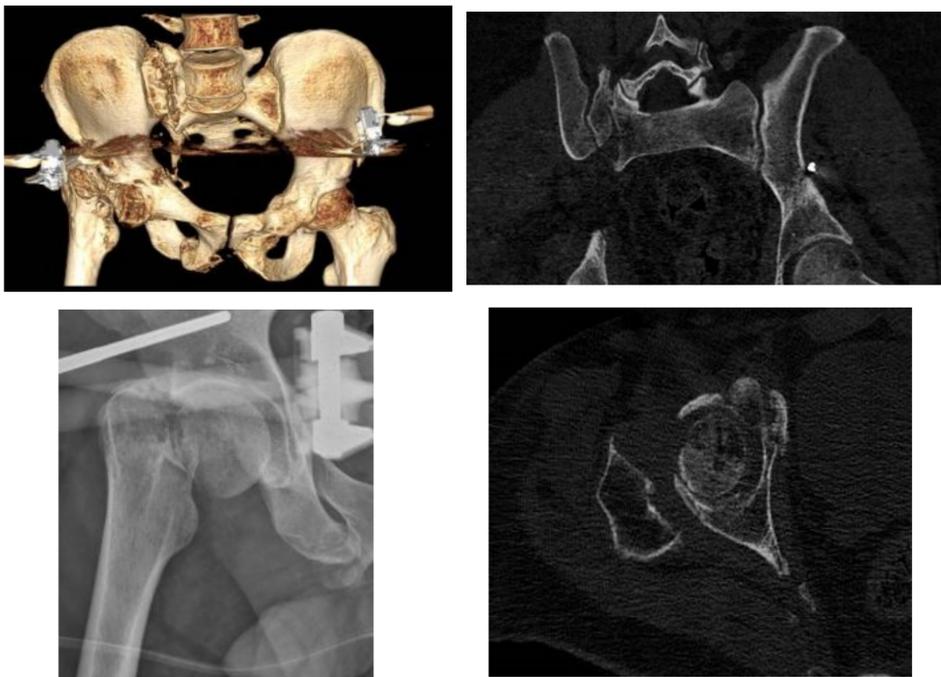
En un primer momento se realiza una **reducción cerrada y fijación externa** con pines supraacetabulares y, tras la estabilización hemodinámica se procede a ingreso en unidad de cuidados intensivos y traslado a planta, en la que permanece más de un mes debido a **múltiples complicaciones** tales como hematoma retroperitoneal, neumotórax, shock hemodinámico y contusión pulmonar entre otras.

Tras ello, se plantea la opción de tratamiento definitivo mediante **osteotomía pélvica y distracción** por consolidación viciosa durante una semana. Posteriormente se realiza reducción abierta y fijación interna con **placa ileo-iliaca, doble placa de reconstrucción, tornillo iliosacro y autoinjerto** en un segundo tiempo. Finalmente, se interviene de la fractura de cadera mediante **artroplastia total de cadera** en una tercera cirugía.

RESULTADOS

Tras 6 meses de seguimiento en los que ha permanecido en descarga y con tratamiento de rehabilitación, el paciente comienza la **carga parcial** con ayuda de bastones y evoluciona favorablemente en cuanto a deambulación y **actividades básicas de la vida diaria**.

IMÁGENES ANTES DE LA CIRUGÍA



IMÁGENES TRAS LA CIRUGÍA



CONCLUSIONES

La complejidad de las **fracturas pélvicas** sobre todo en pacientes politraumatizados aumenta cuando se producen otras complicaciones que impiden la **fijación definitiva**. En muchos casos es necesario **demorar** ya que prima la estabilidad del paciente, lo cual añade más dificultades al tratamiento pero una buena **planificación**, correcta **ejecución** de técnicas quirúrgicas y adecuada **rehabilitación** son el camino a seguir una vez el cuadro agudo se ha resuelto y, en muchas ocasiones, es sinónimo de **éxito** en cuanto a resultados funcionales.