

LESIONES DEL ANILLO PELVICO . resumen .

Las lesiones del anillo pélvico son lesiones típicas del paciente politraumatizado y han venido ganando espacio en la medida en que nuestra vida se ha hecho mas tecnológicamente avanzada , con vías mas rápidas y vehículos mas ligeros , edificios mas altos , trabajos mas arriesgados , etc.

La frecuencia con que las lesiones de pelvis se asocian con lesiones de otro sistema orgánico es muy alta , si se tiene en cuenta que las lesiones inestables de la pelvis pueden comprometer la vida del paciente y que existe esta concomitancia entonces se entiende porque estas lesiones se pueden clasificar como mortales .

ANATOMIA

El anillo pélvico esta compuesto por dos huesos innominados y el sacro , los cuales se articulan en su región posterior en las sacro iliacas y en la región anterior por la sínfisis púbica . Los ligamentos hacen que esta estructura sea fuerte y los movimientos de estas articulaciones sean mínimos .

La pelvis funciona como un recipiente básico de los importantes órganos abdominales y esta relacionada con la división de las estructuras neurovasculares que se dirigen a los miembros inferiores , esto explica la posibilidad de tener fracturas concomitantes con lesiones definitivas de carácter neurológico , con la muerte por lesión vascular o con lesiones del sistema urinario o gastrointestinal .

CLASIFICACION

La clasificación de las fracturas de pelvis se basa en el grado de inestabilidad de las mismas lo cual permite determinar de manera progresiva la gravedad del compromiso y con ello el pronostico de las lesiones .

Tres diferentes grados de estabilidad/inestabilidad se diferencian en la clasificación así :

Anillo pélvico estructuralmente intacto : lesiones tipo A , incidencia 50% a 70%
Inestabilidad rotacional con parcial estabilidad posterior : lesiones tipo B , incidencia 20% a 30%

Inestabilidad combinada anterior y posterior , inestabilidad rotacional y vertical : lesiones tipo C , incidencia 10% a 20% .

EVALUACION DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

1 – CLINICA :

La evaluación clínica comienza con la evaluación de todos los parámetros clínicos del paciente politraumatizado y la cuantificación de los signos vitales en busca y control de un shock , con respecto ala pelvis misma se deben identificar signos de trauma como excoriaciones , equimosis y hematomas alrededor de la pelvis y con ello se examinara la estabilidad pélvica que ,

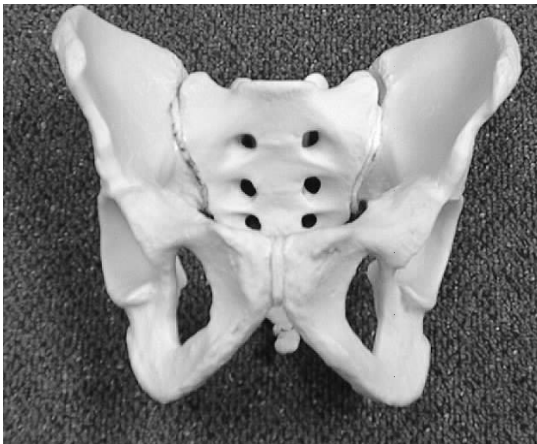
permite mediante dos maniobras palpar el movimiento anormal de los huesos pélvicos igual que la crepitación de los mismos . Dichas maniobras son:

- 1- comprimir las crestas iliacas colocando las manos del examinador sobre las espinas iliacas anterior y superior, presionando en el sentido de la mesa de examen y ocasionando una apertura del anillo pélvico. Esta maniobra mostrara una inestabilidad rotacional en caso de existir.
- 2- Comprimir las crestas iliacas simultáneamente con las manos de lateral a medial, creando una fuerza que intenta cerrar el anillo pélvico, esta maniobra también dejara percibir la inestabilidad.

Estas maniobras deben practicarse de manera suave y única ya que su repetición generara más daño y sangrado en el paciente.

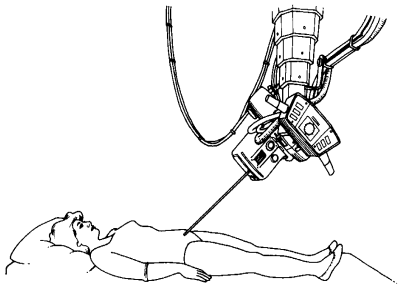
PARACLINICOS

La evaluación de urgencia es muy diferente de la que puede realizarse si no existe inestabilidad hemodinámica , por ello la evaluación inicial debe ser estrictamente radiográfica para lo cual se usan tres proyecciones como figuran en las imágenes a continuación :



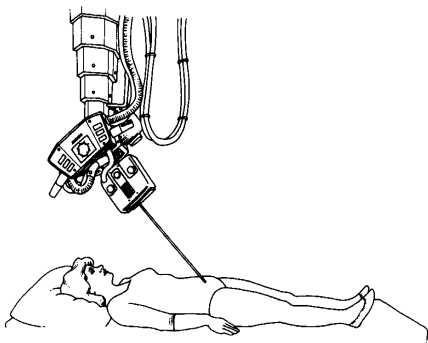
AP

La Rx AP muestra una panorámica del estado del esqueleto pélvico.



OUTLET

La Rx Outlet mostrara de frente el hueso sacro y la sínfisis púbica , siendo clave para identificar cualquier desplazamiento en sentido vertical de la hemipelvis . La forma de tomarla es inclinar el rayo de caudal a proximal 5 grados .



INLET

Finalmente la proyección Inlet permite ver el anillo pélvico , evaluando la integridad del anillo y diagnosticando el posible desplazamiento de la fractura en el plano rotacional y antero posterior .

TRATAMIENTO

Una vez diagnosticada una fractura de la pelvis en un paciente de urgencias las decisiones a tomar se centran en **la inestabilidad de la fractura** y la **inestabilidad hemodinámica** del paciente .

Siendo claro que en el evento de encontrar una fractura inestable se hace necesario controlar la inestabilidad hemodinámica del paciente con las medidas antishok conocidas y tratadas en el capítulo de atención del politraumatizado , si a pesar de realizadas persiste la inestabilidad se atribuye a la pelvis y se indica de inmediato la estabilización de la misma .

La estabilización de urgencia se hace en nuestro medio con una fijación mediante un tutor externo , colocando clavos en cada hemipelvis y fijándolos a un marco rígido externo , en la actualidad se prefiere en la manera baja o “Low route “ que permite dejar libre el area abdominal por si se requiere realizar una laparotomía .

