

TRAUMA DE PELVIS

Redactor

Dr. Alam Colmán

- Médico egresado, Universidad Privada del Este (Promoción 2023)
- Especialista en Didáctica Universitaria, UNE
- Desempeño destacado en CONAREM
- Médico Residente — Medicina Interna R2, Hospital Fundación Tesãi
- Experiencia en práctica asistencial de alta complejidad
- Docente en formación médica

Bibliografía

Brunicardi FC et al. *Schwartz. Principios de Cirugía*. 11ª ed. McGraw Hill; 2020

Pelvis y Extremidades

Fracturas Pélvicas Cerradas

- **Diagnóstico:** Radiografía simple + TC para definir magnitud
- **Riesgo:** Hemorragia intensa por fractura compleja
- **Espículas óseas** → pueden perforar estructuras vecinas:
 - Vejiga
 - Recto
 - Vagina

Lesión Vesical

- Rotura por **golpe directo** sobre vejiga distendida
- **Indicador:** eritrocitos en análisis de orina
- **Estudio:** Cistografía por tomografía

Lesión Uretral – Signos de Sospecha

- Sangre en el **meato urinario**
- **Hematoma** perineal o escrotal
- Próstata **elevada** al tacto rectal

⚠ **Precaución:** Realizar **uretrograma** antes de cateterizar (paciente hemodinámicamente estable) para evitar vía falsa → estenosis.

Lesiones Vasculares

- Graves pero **poco frecuentes** en trauma cerrado
- Riesgo de **trombosis iliofemoral**
- **Estudio:** Angiografía por tomografía
- Hemorragia pélvica → **potencialmente mortal**
- Estudios complejos se **aplazan** hasta estabilizar al paciente

Lesiones de Extremidades

Evaluación Vascular

- **Exploración física:** pilar fundamental del diagnóstico
- **Señales de alarma mayor:** indican exploración quirúrgica inmediata
- **Señales inespecíficas:** requieren estudios adicionales u observación estrecha
- **Paso previo clave:** corregir fracturas/luxaciones (esp. rodilla) antes de evaluar estado vascular

Diagnóstico por Imagen

- **Angiografía intraoperatoria:** localiza con exactitud el punto de lesión arterial
- **Beneficio:** permite limitar la disección quirúrgica
- **Ejemplo clásico:** ausencia de pulso poplíteo tras disparo en muslo → lesión puede estar en cualquier punto femoral o poplíteo

Evaluación Integral del Traumatismo

Fracturas

Radiografías simples como primera línea de evaluación

Lesiones Ligamentarias

Resonancia magnética, especialmente en rodilla y hombro

Compromiso Neurovascular

Revisión obligatoria en todo trauma penetrante o cerrado

Signos y síntomas de lesión arterial periférica

SIGNOS EVIDENTES (INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA OBLIGADA)	SIGNOS IMPRECISOS (VALORACIÓN ADICIONAL)
Hemorragia pulsátil	Proximidad a un vaso sanguíneo
Ausencia de pulsos	Hematoma significativo
Isquemia aguda	Lesión nerviosa adjunta Índice A-A < 0.9 Frémito o soplo

Índice A-A, presión arterial sistólica del lado lesionado en comparación con la extremidad no lesionada.

Fracturas Pélvicas y Control de la Hemorragia

Contexto clínico

- **Alta mortalidad** asociada a inestabilidad hemodinámica
- Frecuente **coexistencia** con otras lesiones que amenazan la vida
- Sin consenso universal de tratamiento

Objetivos del manejo

- **Control temprano del sangrado**
- **Estabilización ósea** precoz

Opciones terapéuticas

- **Taponamiento pélvico** preperitoneal
- **Angioembolización**
- Combinación de ambas

Equipo multidisciplinario

- Traumatología y Ortopedia
- Radiología intervencionista
- Anestesia
- Banco de sangre

Valoración Inicial y Estabilización

- Identificar lesiones con **indicación quirúrgica inmediata**
- Detectar **lesiones vasculares** que modifiquen el manejo

Estabilización temporal

- **Compresión pélvica inmediata** con sábana o dispositivo comercial
- En **choque profundo**: aplicar *antes* de confirmar fractura radiográficamente

Estrategias de Control de la Hemorragia

Contexto del sangrado

- ~85% del sangrado es **venoso u óseo**
- Riesgo adicional por desplazamiento óseo

Fijación externa anterior inmediata

- Reduce el **volumen pélvico**
- Favorece el **taponamiento del sangrado venoso**
- Previene hemorragia secundaria

Taponamiento pélvico preperitoneal (TPP)

- Compresas de laparotomía en **espacio paravesical**
- Acceso por **incisión suprapúbica** pequeña
- Completable en **menos de 30 minutos**
- Logra estabilización hemodinámica y suspende transfusión continua

Procedimientos post-taponamiento

- Laparotomía / Toracotomía
- Fijación externa de extremidades
- Desbridamiento / Craneotomía

Angiografía y Manejo Posoperatorio

Indicación de angiografía

- Hemorragia pélvica **persistente** tras ingreso a UCI
- Necesidad de **>4 unidades** de glóbulos rojos en las primeras **12 h posoperatorias**
- A pesar de **corrección de coagulopatía**

Manejo en UCI

- Reanimación **estándar**
- Taponamiento retirado en **<48 horas**
- Analogía con experiencia en **taponamiento hepático**

Si persiste sangrado

- **Repetir taponamiento**
- Sospecha de infección → **lavados seriados** del espacio preperitoneal

Fractura Pélvica Expuesta

Riesgo principal

Localización

Heridas frecuentes en **perineo**

Complicaciones

Infección pélvica profunda y osteomielitis

Manejo quirúrgico

- **Colostomía del sigmoides:** desviación del tránsito intestinal
- Reduce contaminación de la zona pélvica

Manejo de heridas

01

Desbridamiento manual

Limpieza inicial de tejido necrótico

02

Irrigación diaria

Con **presión elevada** hasta aparición de tejido de granulación

03

Cierre diferido

Heridas abiertas con **terapia VAC** (cicatrización por 2ª intención)

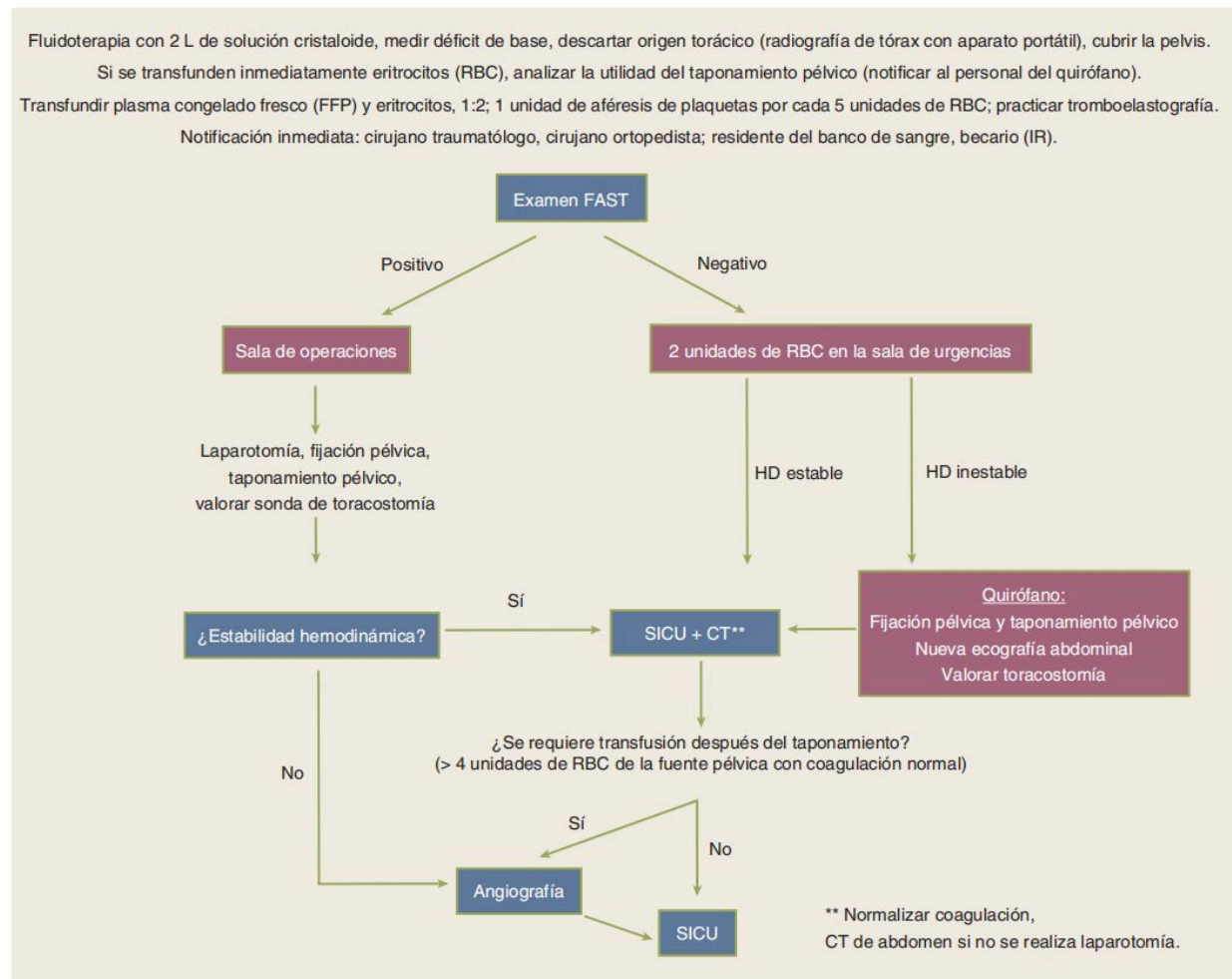


Figura 7-69. Algoritmo de tratamiento para pacientes con fracturas pélvicas con inestabilidad hemodinámica. CT, tomografía computarizada; ED, sala de urgencias; FAST, ecografía abdominal dirigida para traumatismos; HD, estado hemodinámico; PRBC, concentrado de eritrocitos; SICU, unidad de cuidados intensivos quirúrgicos.