

FRACTURA DEL ANILLO PÉLVICO EN PACIENTE LACTANTE

Triviño Sánchez-Mayoral V, Lozano Hernanz B, Holgado Moreno E.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de pelvis en niños son la mitad de frecuentes que en adultos en pacientes politraumatizados. Su principal causa es un traumatismo de alta energía, habitualmente por atropello de vehículo a motor.

Las características del hueso inmaduro confieren una mayor resistencia al anillo pélvico frente a traumatismos. Aun así, el 58-100% de estos presentan otras lesiones tóraco-abdominales o craneoencefálicas, que suelen ser la principal causa de muerte.

Una evaluación inicial protocolizada y un tratamiento precoz de la pelvis y las lesiones asociadas son fundamentales para reducir la tasa de complicaciones y mortalidad, situada alrededor del 10%.

OBJETIVOS

Profundizar en las características y aspectos epidemiológicos y diagnósticos de las fracturas de pelvis en edad pediátrica, así como posibles estrategias terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía reciente relacionada.

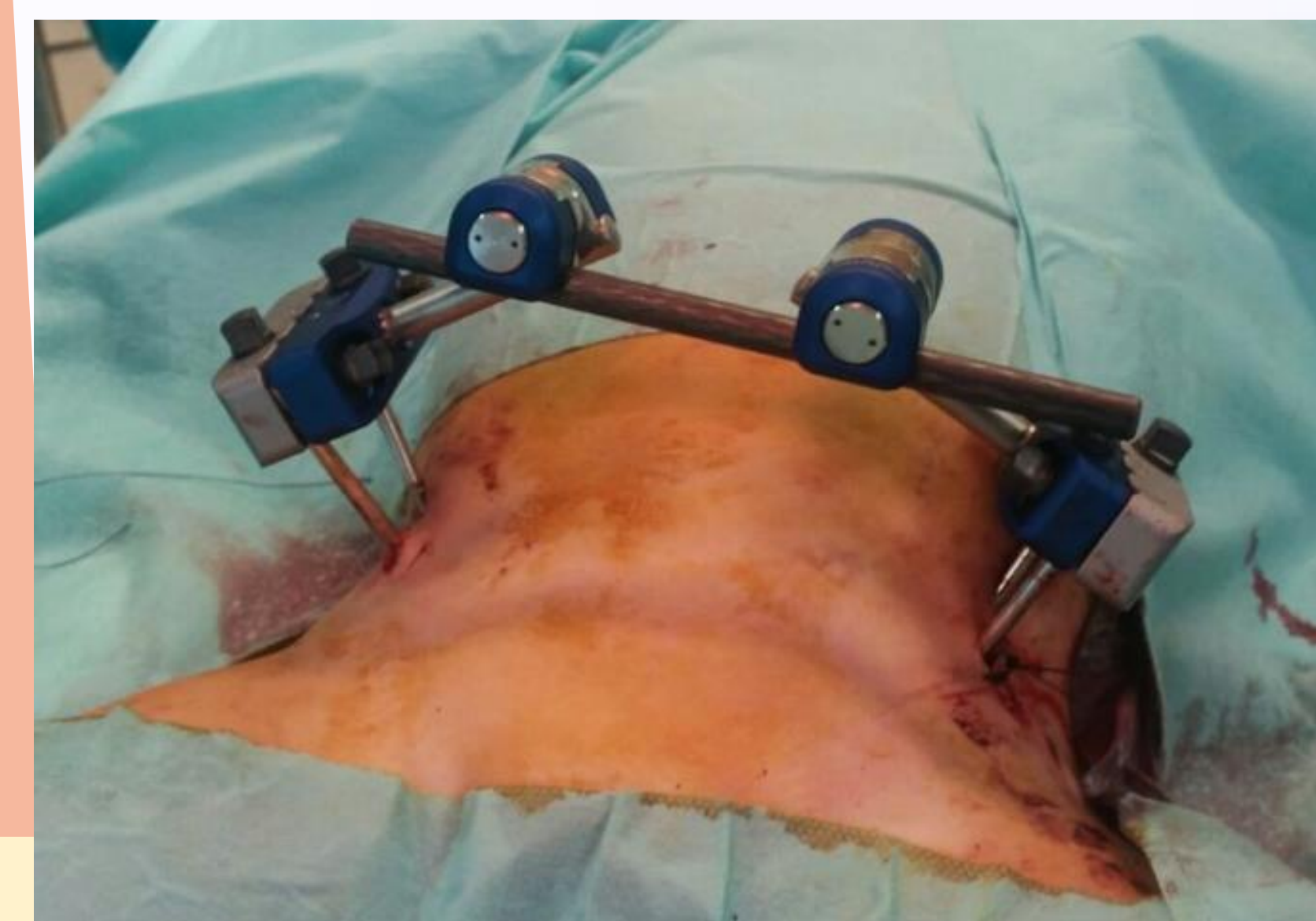
RESULTADOS

Lactante femenino de 22 meses que ingresa en Urgencias tras atropello involuntario presentando traumatismo pélvico y lesión genital sin traumatismo torácico o craneal asociados. Mediante TC se identifican un posible desgarró mesentérico y mala delimitación de estructuras urovesicales, además de diástasis púbica, luxación sacroilíaca izquierda, fractura bilateral de ilion con afectación acetabular y múltiples fracturas de ramas pélvicas.

En quirófano se realiza una reducción cerrada bajo control radioscópico y fijación externa anterior sobre ambas crestas ilíacas. Además se reconstruye el meato uretral y la vulva por parte de Cirugía Pediátrica.

En un segundo tiempo quirúrgico se realiza reposicionamiento del fijador externo, reducción abierta y reparación de la sínfisis púbica con sutura tipo tape no reabsorbible.

En controles sucesivos se evidencia aparición de callo óseo y estabilidad clínica. Se retira la fijación externa a las 8 semanas permaneciendo completamente asintomática a los 3 meses de la lesión y realizando vida normal.



CONCLUSIONES

Existe gran diferencia de estas fracturas respecto al adulto. Un hueso flexible y un periostio grueso aportan mayor resistencia a la pelvis de los niños, presentando en ocasiones fracturas unifocales del anillo, muy raras en el hueso maduro.

Como en nuestro caso, el uso de la TC está creciendo debido a que es la mejor forma de valorar el sacro, la articulación sacroilíaca y el acetábulo, así como otras lesiones asociadas a la fractura. Es raro el uso de la RMN en procesos agudos.



La clasificación de Torode y Zieg las divide en (I) avulsión, (II) fractura de ala ilíaca, (III) fractura simple del anillo -estables- y (IV) disrupción pélvica -inestables/acetábulo-, siendo el caso presentado un ejemplo de este último grupo. Las tres primeras son tratadas generalmente de forma conservadora con reposo e iniciando apoyo sobre las 6-8 semanas. El tratamiento de las fracturas inestables tiene como objetivo controlar el riesgo vital estabilizándolas mediante faja pélvica o fijador externo, aunque en pacientes mayores estaría indicada la reducción abierta y síntesis temprana. Alguna excepción como la fractura bifocal anterior puede no necesitar cirugía.

Es necesario una evaluación precoz y protocolizada (ABCDE) que identifique las lesiones asociadas y mitigue la aparición de complicaciones. Aunque con el tratamiento pretendemos controlarlas, el seguimiento debe ser estrecho para identificar secuelas como pueden ser el dolor residual, la discrepancia de longitud de miembros o la escoliosis por asimetría pélvica.

BIBLIOGRAFÍA

