



CASO CLÍNICO

Cirugía reconstructiva en estadios para el manejo del traumatismo pélvico inveterado. Serie de casos



Javier Matta Ibarra^{a,*}, Victor Arrieta Maria^b, Mario Marín Troncoso^c,
Juan Guevara Serna^d y Andrés Ramírez Jaramillo^e

^a Ortopedista y Traumatólogo, Jefe de Cirugía de la Columna Vertebral, Pelvis y Acetábulo, Hospital Militar Central, Director del Programa de Especialización en Cirugía de Columna, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia

^b Ortopedista y Traumatólogo, Cirugía de la Columna Vertebral, Pelvis y Acetábulo, Hospital Militar Central, Docente del Programa de Especialización en Cirugía de Columna, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia

^c Ortopedista y Traumatólogo, Cirugía de la Columna Vertebral, Pelvis y Acetábulo, Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto, Colombia

^d Residente de cuarto año, Programa de Ortopedia y Traumatología, Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia

^e Residente de segundo año, Programa de Ortopedia y Traumatología, Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia

Recibido el 18 de enero de 2016; aceptado el 20 de junio de 2016

Disponible en Internet el 31 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Fractura pélvica
inveterada;
Anillo pélvico

Resumen

Introducción: El traumatismo pélvico inveterado ocasiona graves secuelas ortopédicas en las extremidades, como dolor crónico, discrepancia de longitud, rotación anormal, pseudoartrosis, consolidación viciosa, además de otras neurológicas, como síndrome de cauda equina y plexopatías. Su tratamiento representa un reto por tratarse de una patología infrecuente, lo cual genera poca experiencia profesional y la información en la bibliografía es, además, escasa. El objetivo del estudio es analizar la experiencia del manejo por estadios quirúrgicos para los pacientes con traumatismo pélvico inveterado.

Materiales y métodos: Se realizó una serie de casos en que se incluyeron 15 pacientes que se trataron quirúrgicamente en diferentes estadios quirúrgicos (2004-2015), se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas. El análisis de datos se realizó de forma uni y bivariada mediante Excel y se calcularon promedios o proporciones en función de la naturaleza de las variables.

Resultados: Se obtuvieron mejores resultados en los casos menos inveterados y/o con pseudoartrosis. En cambio, fueron peores los resultados y mayores las complicaciones en los casos más inveterados o consolidados en posición viciosa.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jematta@yahoo.es (J. Matta Ibarra).

Discusión: Se recomienda la estrategia de tres estadios «prono-supino-prono» basados en la evidencia aunque la casuística debe ser mucho mayor para definir una conducta con un nivel de evidencia adecuado.

Nivel de evidencia clínica: Nivel IV.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología.

KEYWORDS

Inveterate pelvic fracture;
Pelvic ring

Reconstructive surgery in stages for handling of inveterate pelvic trauma. Case series

Summary

Background: The inveterate pelvic trauma causes severe limb orthopedic sequelae such as chronic pain, length discrepancy, abnormal rotation, nonunion, malunion, as well as neurological and plexopathies and cauda equina syndrome. His treatment represents a challenge to be uncommon condition which generates little professional experience and information in the literature is also scarce. The objective of the study is to analyze the experience of management by surgical stages for patients with inveterate pelvic trauma.

Materials and methods: A series of cases in which fifteen patients who were treated surgically at different surgical stages (2004-2015) was conducted including sociodemographic variables, clinical and surgical analyzed. Data analysis was performed using bi- and univariate form and Excel, calculating averages or proportions depending on the nature of the variables.

Results: Better results are obtained in less inveterate and/or pseudoarthrosis, however the results were worse and greater complications in cases most inveterate vicious position or consolidated cases.

Discussion: the strategy of three "prone-supine-prone" stages is recommended evidence-based, although the casuistry must be much higher to define behavior with an adequate standard of evidence.

Level of evidence: IV.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología.

Introducción

En el Servicio de Ortopedia y Traumatología (Clínica de Pelvis y Acetábulo) del Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia, se ha desarrollado desde 1994 una línea de investigación para el manejo del traumatismo del anillo pélvico¹ (articulaciones sacroilíacas-sínfisis púbica, sacro y acetábulo-) con énfasis en su estabilización quirúrgica²⁻⁴.

La anatomía de la pelvis es bastante compleja, no solo por la anfractuosidad de sus componentes óseos y articulares sino también por las estructuras neurovasculares que discurren en su vecindad hacia las extremidades inferiores, así como también por los órganos genitourinarios y digestivos que contiene⁵.

Desde el punto de vista biomecánico, el anillo pélvico se subdivide en dos componentes: el anterior, que comprende la sínfisis púbica con sus ramas, y el posterior, que comprende el sacro con sus articulaciones sacroilíacas; el eje de carga corporal se transmite en mayor grado por este último componente. El desequilibrio de la cintura pélvica en los planos coronal o sagital ocasiona en la columna vertebral escoliosis o alteración de la lordosis-cifosis de forma respectiva; su cinemática se relaciona, desde el aspecto cefálico, con la columna lumbar (charnela lumbosacra) y, desde el aspecto caudal, con la articulación de la cadera.

La incidencia epidemiológica de las fracturas de pelvis y acetábulo es baja, aproximadamente del 3 al 8% de todas las fracturas; por lo general son el resultado de traumatismo de alta energía y en pacientes con politraumatismo se detecta compromiso del anillo pélvico en el 25-42% de los casos. Entre el 1 y el 4% de estas fracturas cursan con inestabilidad hemodinámica, factor pronóstico que se relaciona directamente con el riesgo de mortalidad⁶.

La cirugía de pelvis y acetábulo es relativamente nueva en la especialidad ortopédica. Robert Judet y Emile Letournel la desarrollaron en la década de 1970 en Francia. Con anterioridad a ellos, la gran mayoría de pacientes traumatizados se manejaba de manera no quirúrgica con pobres resultados funcionales, grandes deformidades y dolor crónico⁷. Los pacientes que se encuentran inestables desde el punto de vista hemodinámico o con lesiones que atentan contra la vida deben ser estabilizados de forma temporal con fijador externo y/o tracciones esqueléticas, y postergar la estabilización definitiva mediante fijación interna hasta que los pacientes se encuentren fuera de peligro para su vida⁸. La lesión coexistente de tejidos blandos debe ser reconocida y tratada previamente a la cirugía abierta para disminuir el riesgo de complicaciones, como infección o problemas en la curación de la herida.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4086023>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4086023>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)