



Radiología



0 - CONTROVERSIAS. URGENCIAS EN RVI. FRACTURA INESTABLE DE PELVIS. ¿CUÁNDO LLAMAR AL RADIÓLOGO VASCULAR Y CUÁNDO AL TRAUMATÓLOGO?

M. Pérez Lafuente

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Resumen

Objetivos docentes: Establecer un algoritmo terapéutico en el manejo de los pacientes con fractura inestable de pelvis.

Discusión: Siguen existiendo puntos de controversia en los pacientes con fractura inestable de pelvis. ¿Cuándo llamar al radiólogo vascular y cuándo al traumatólogo? ¿Cuál es la estrategia óptima? El 85% de las hemorragias provienen del plexo venoso presacro y/o el hueso esponjoso; sólo el 10-15% tienen un origen arterial aunque con mayor mortalidad (40-60%). Parece obvio que la fijación externa ha de ser prioritaria. Pero ante una hemorragia arterial ¿también? Ya que la fijación externa no controla los sangrados arteriales y que la probabilidad de muerte aumenta un 1% cada 3 minutos de inestabilidad hemodinámica, hay autores que postulan la embolización precoz como primera opción, sin fijación externa (sí con sábana para fijación). Otros abogan por la colocación del fijador externo previo a la embolización, a pesar de no existir correlación con la supervivencia. Se basan en la demostración del aumento del volumen pélvico que puede llegar a ser del 20% con diástasis púbica de 5 cm. El cierre del anillo pélvico disminuiría el volumen de la pelvis con el consiguiente efecto tampón, frenando los sangrados de vasos de baja presión. La respuesta está en encontrar marcadores para identificar precozmente los pacientes con sangrado arterial. El patrón de fractura no lo es. La extravasación por TC es un fidedigno marcador de sangrado arterial con alta sensibilidad y especificidad. Detractores del tratamiento percutáneo postulan la cirugía como mejor opción. Fijación externa como primera medida seguida de *packing* preperitoneal si se requiere, dejando la embolización si persiste la inestabilidad hemodinámica, mientras que otros proponen la embolización y dejan la cirugía para fracturas abiertas o persistencia de sangrado post-embolización. No hay que olvidar el riesgo de infección del *packing* y la necesidad de reexploración quirúrgica a las 24-48 horas, ni la asociación de las fracturas pélvicas con lesión de otros órganos, existiendo claros defensores de la embolización por la posibilidad de tratar lesiones hemorrágicas extraperitoneal (hepato-esplénicas, renales).

Referencias bibliográficas

Tanizaki S, et al. Early embolization without external fixation in pelvic trauma. Am J Emerg Med. 2012;30:342-6.

Cullinane D, et al. Eastern Association for the Surgery Trauma practice management guidelines for hemorrhage in pelvic fracture-Update and Systemic review. The Journal of Trauma,

2011;71;1850-68.

Chakraborty S, et al. CIRSE guidelines: quality improvement guidelines for endovascular treatment of traumatic hemorrhage. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2012;35:472-82.