

Nombre:	Carlos
Apellido:	Fernández Cabrera
Otros Autores:	M. Conde Martín, S. Nagrani Chellaram, R. Castro Valdés, M. Depetris, E. Martínez Chamorro.
E-mail:	carlosfc89@gmail.com
Hospital:	Hospital Universitario 12 de Octubre
Ciudad:	Madrid
Título:	Traumatismo pélvico. Más allá de las fracturas.
Presentación:	Varón de 45 años atropellado por camión con paso de sus dos ejes traseros por encima de pelvis. Tras la estabilización hemodinámica del paciente se realiza TAC toracoabdominopélvico urgente.
Discusión :	Las fracturas pélvicas inestables requieren un manejo multidisciplinar ya que suelen asociar tanto lesión vascular como visceral. La complicación vascular, además de ser la más frecuente (40%), es el factor más importante de mortalidad, pero también debemos prestar atención a las lesiones viscerales, pues también condicionan el manejo inmediato del paciente. Son las lesiones del tracto genitourinario (12-16%), que normalmente afectan a la vejiga o la uretra, y las lesiones intestinales (10%), que normalmente afectan al recto dada su localización. La detección precoz de estas lesiones en nuestro caso permitió realizar cirugía urgente con colostomía de descarga y colocación de talla vesical.
Conclusión:	El traumatismo pélvico de alta energía requiere TAC urgente para valorar tanto las fracturas pélvicas como las lesiones vasculares y viscerales asociadas, que requerirán un abordaje multidisciplinar urgente.
Bibliografía:	McRae R, Esser M. Fractures of the pelvis. En: McRae R, Esser M. Practical Fracture Treatment. Elsevier 2005. p 261-269. Hamilton J, Kumaravel M, Censullo M, Cohen AM, Kievlan D, West OC. Multidetector CT evaluation of active extravasation in blunt abdominal and pelvic trauma patients. Radiographics 2008; 28: 1603-1616. Ingram M, Watson SG, Skippage PL, Patel U. Urethral injuries after pelvic trauma: evaluation with urethrography. Radiographics 2008; 28:1631-1643.
Pie de foto:	Reconstrucción 3D (A) que muestra una fractura pélvica inestable tipo C1 que afecta a la articulación sacroiliaca derecha, sínfisis del pubis y sacro, con descenso de la hemipelvis derecha (flechas amarillas). Imagen axial en fase arterial (B) en la que se observa un hematoma pélvico sin signos de sangrado activo (flechas verdes). Reconstrucciones sagitales en fase venosa (C) y excretora (D), en las que se evidencia un defecto de continuidad en la pared anterior del recto (flecha azul) así como burbujas de gas ectópico que se distribuyen por el periné y espacio isquiorrectal. En la fase excretora se demuestra malposición de la sonda de Foley, cuyo extremo está en el trayecto de la porción bulbomembranosa de la uretra (flecha roja). Nótese la mínima progresión de contraste a uretra prostática (flecha blanca).