

TRAUMATISMO PELVICO: HALLAZGO DE IMAGEN (PELVIC FRACTURES IMAGING)

*María Teresa Arrieta González

RESUMEN

En este tipo de lesiones podemos encontrarnos a partir de pacientes con fracturas debido a un traumatismo aparentemente leve, como es el caso de pacientes de edad avanzada y debido a la osteoporosis. La radiografía es de gran importancia en esta patología para poder dar el diagnóstico y poder elegir el mejor tratamiento

DESCRIPTORES

Pelvis osea, cadera, trauma, rotura de la vejiga, lesión de la uretra.

SUMMARY:

In this type of injuries we can find ourselves from patients with fractures due to apparently mild trauma, as is the case of elderly patients and due to osteoporosis.

X-ray is of great importance in this pathology to be able to give the diagnosis and be able to choose the best treatment

KEYWORDS

Pelvis bone, hip, trauma, rupture of the bladder, injury to the urethra.

*Médico General.
Universidad de Iberoamérica
(UNIBE) San José - Costa
Rica

ANATOMIA NORMAL E IMAGENES

La pelvis ósea está compuesta por sacro, coxis y tres huesos ilion, isquion y pubis. Estos tres últimos formarán el acetábulo, el cual se describe clásicamente por una columna anterior compuesta por la cresta ilíaca anterior, rama superior del pubis y la pared anterior del acetábulo, así como una columna posterior que a su vez está compuesta por isquion, tuberosidad isquiática y la pared posterior del acetábulo. La fuerza y estabilidad de la pelvis se basa en los fuertes ligamentos que conectan el sacro con el resto de huesos de la pelvis. Entre los ligamentos destacan el sacroilíaco, sacroespinoso y sacrotuberoso. La interrupción de estos ligamentos conllevaría a la inestabilidad pélvica. En

posición supina la pelvis se encuentra de 45 a 60° oblicua al eje longitudinal del esqueleto, de tal forma que la proyección AP es oblicua al reborde pélvico.

Para obtener mayor información de los desplazamientos multidireccionales del anillo pélvico son necesarias las proyecciones de entrada y salida tomadas en ángulo recto cefálico y caudal a la pelvis. Para valorar el anillo pélvico en su totalidad debe completarse una serie radiográfica de pelvis, la cual incluye tres proyecciones: anteroposterior (AP) y las proyecciones de entrada y salida descritas por Penal y Sutherland.

Se debe identificar si la imagen corresponde a un hombre o mujer, además de la edad general del paciente. La entrada

de la pelvis masculina es generalmente triangular, mientras que la pelvis femenina tiene una forma mucho más ovoide. La edad general del paciente se determina por la presencia o ausencia de cambios degenerativos en la columna lumbar inferior y en las articulaciones de la cadera.

Se encuentran variantes normales se trata de áreas escleróticas simétricas (blancas) alrededor del pubis o la articulación sacroilíaca. Estos son hallazgos esencialmente normales y ocurren mucho más comúnmente en las mujeres, probablemente como resultado del ensanchamiento de la pelvis durante el parto.

PELVIS

Cuando se sospecha una fractura pélvica, una radiografía de AP es la vista inicial, se debe examinar la sínfisis del pubis, debido a que un ensanchamiento de la sínfisis de más de 1 cm es anormal además del ensanchamiento de una de las articulaciones sacroilíaca o del propio sacro.

La razón es que la pelvis es esencialmente un anillo óseo, y es difícil ensancharla o romperla en un lugar sin causar una lesión traumática en otra parte. Muchas fracturas de la pelvis están acompañadas de hematomas pélvicos internos. Cuando se identifique una fractura en la región púbica, debe excluirse la lesión uretral y la vejiga.

CADERA

Las imágenes de la cadera se realizan en las proyecciones AP y rana-pierna. Las vistas laterales suelen ser difíciles de obtener e incluso más difíciles de interpretar. Debe examinar la relación de la cabeza femoral con el acetábulo, buscar

discontinuidades corticales para sugerir fracturas y examinar el patrón trabecular para buscar posibles lesiones óseas.

Trauma

Las luxaciones de la cadera suelen ser el resultado de accidentes automovilísticos, la dislocación más común es posterior y en la imagen AP la cabeza del fémur parece desplazarse superior y lateralmente. Cuando la cadera está dislocada anteriormente, la cabeza femoral parece inferior y medial al acetábulo, con cualquier dislocación, se pueden encontrar fragmentos de fractura asociados desde el borde del acetábulo. A medida que la cadera se reubica, estos pequeños fragmentos pueden quedar atrapados en el espacio articular. A veces son difíciles de ver en una simple radiografía, pero si el fragmento está en la articulación, la distancia entre la cabeza del fémur y el acetábulo se ampliará. La tomografía computarizada puede ser de valor en estos casos.

Las fracturas de la cadera son más comunes en la región del cuello femoral y en la región intertrocanterea; Las fracturas de tensión del cuello femoral pueden aparecer sólo como una banda esclerótica (blanca) mal definida que se extiende a través del cuello femoral.

En las personas mayores una fractura de cadera puede ser difícil de ver porque hay poco calcio en el hueso.

ROTURA DE LA VEJIGA

El 70% de los cuadros de rotura vesical tiene lugar en casos de fractura pélvica, alrededor del 10% de los pacientes con

fractura pélvica presentan una rotura vesical asociada.

La rotura se presenta mejor en la cistografía con TC en el que el contraste es introducido por efecto de gravedad a través de una sonda Foley en la vejiga.

Se presentan dos tipos principales de rotura vesical:

La extraperitoneal es la más frecuente en un 80% debida generalmente a una fractura pélvica con perforación directa de la vejiga. El contraste extraluminal se mantiene alrededor de la vejiga especialmente en el espacio retropúbico.

La rotura intraperitoneal es menos frecuente, es causado debido a un golpe intenso sobre la pelvis en una situación en el que la vejiga se encuentra distendida (niños), la rotura se presenta en la cúpula vesical adyacente a la cavidad peritoneal.

El contraste se desplaza libremente en la cavidad peritoneal, rodea el intestino y se extiende hasta los canales paracólicos.

BIBLIOGRAFIA

- E. Scott Pretorius, J. A. (2006). Secretos de Radiología. España: Elsevier.
- Herring, w. (2012). Radiología Basica. España: Elsevier.
- Pedrosa, C. (2001). Diagnóstico por imagen. Mexico: Mcgraw Hill

Recepción: 02 Mayo de 2017

Aprobación: 10 Mayo de 2017

LESIONES URETRALES

Se asocian a un traumatismo pélvico significativo en hombres generalmente un trauma contuso, estas lesiones deben descartarse cuando se observan fracturas en silla de montar de la pelvis o lesiones penetrantes en la región de la uretra.

La hematuria, la aparición de sangre en el meato uretral y la imposibilidad de miccionar son hallazgos clínicos.

El estudio de imagen que se utiliza con mayor frecuencia es la uretrografía retrógrada en el que el contraste es introducido retrógradamente a través del meato uretral, el mismo debe realizarse antes de la colocación de la sonda Foley.

La lesión más frecuente es la rotura de la uretra posterior a través del diafragma urogenital en la uretra bulbar proximal, se puede observar contraste extraluminal fuera de la uretra, la pelvis y periné.