

Autor: Gómez Castellanos Jessica Mariane

Coautores: Abad Contreras Karla, Macías Vera Norah Nalleli, Montes Casillas Mayra Anabel, Velázquez Castellanos Patricia Inés, Montes Casillas Mayra Anabel  
Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Universidad de Guadalajara

## Introducción

El trauma urogenital se considera una emergencia quirúrgica con una incidencia del 8-15%. (1,5)

Los principales mecanismos de lesiones que provocan una fractura del anillo pélvico se deben a un impacto de alta energía con una tasa de mortalidad elevada. (4) Puede presentar lesiones de otras estructuras abdominopélicas: vejiga 29%, uretra 4-25%, vagina 2-4%, lesión venosa 80%, lesión arterial 20%, lesión rectal 18-64% así como lesión de tejidos blandos 72%. (2,4)

## Caso clínico

Paciente de 23 años, nulípara, que ingresa posterior a accidente de tránsito en calidad de pasajero de motocicleta, con atropellamiento posterior por el mismo automóvil.

Al ingreso paciente inconsciente, con ventilación mecánica, fractura bilateral isquiopúbica y abundante sangrado transvaginal con inestabilidad hemodinámica.

Presencia de pérdida total de la anatomía de la pelvis, espina ciática derecha desplazada medialmente. Tacto rectal con mucosa íntegra. Mucosa vaginal retraída y desplazada hacia fondo de saco, se tracciona mucosa, se fijan ángulos a introito hasta restaurar parcialmente la anatomía.

Uretra retraída y desplazada hacia el espacio de Retzius, posterior a puñopresión en área suprapúbica con presencia de salida de orina y colocación de sonda uretral de silicón obteniendo orina clara, se feruliza e identifica la integridad de la misma. Se coloca puntos en vagina hacia periostio de la sínfisis del pubis a fin de restaurar el ángulo anatómico de la uretra.

Se realiza empaquetamiento vaginal para hemostasia.

Se traslada a UCI en el posoperatorio inmediato, donde continuó con adecuada diuresis y edema vulvar por lo que fue manejada con hielo local, además de antibióticos, transfusión sanguínea y analgesia.

Al mes postquirúrgico con adecuada cicatrización y sin datos de infección, continua con manejo a base de laxantes y derivación urinaria hasta el retiro del fijador externo.

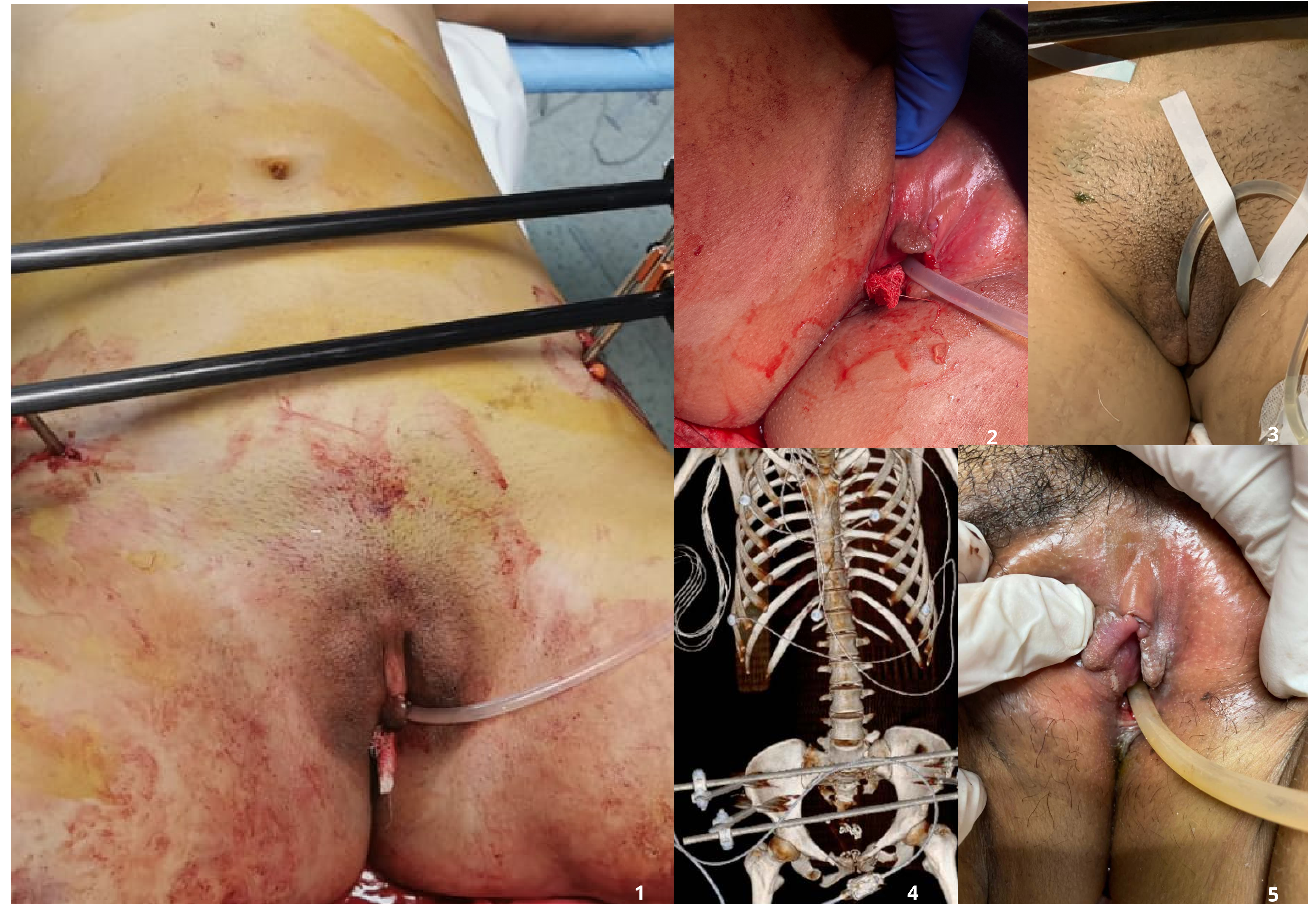


Imagen 1 y 2. Postoperatorio inmediato. Imagen 3: 48 hr postquirúrgica, Imagen 4: Reconstrucción ósea donde se observa fractura bilateral isquiopúbica y colocación del fijador externo. Imagen 5: mes postquirúrgico.

## Discusión

El trauma urogenital no obstétrico, es una patología poco frecuente en la cual debe sospecharse ante cualquier fractura de pelvis; esto dependerá de la clínica y del grado de fractura.(1)

La intervención oportuna y el manejo multidisciplinario lograran una recuperación rápida y una rehabilitación de piso pélvico tendrá una disminución de la morbilidad.(3)

En los caso clínicos reportados se ha asociado a alta mortalidad de hasta el 32% por inestabilidad hemodinámica.(4)

La complicación más frecuente a corto plazo es la infección del sitio quirúrgico y a largo plazo incontinencia fecal y/o urinaria, , dispareunia, estenosis vaginal, incapacidad en funciones físicas, absceso perineal y pélvico, dolor crónico y complicaciones vasculares como embolia o trombosis. (4)

## Conclusión

Hay poca literatura y no existe estandarización para su manejo, sin embargo este debe ser multidisciplinario e individualizado. Se debe considerar una urgencia quirúrgica por las posibles complicaciones asociadas a corto y largo plazo.

La intervención rápida y oportuna multidisciplinaria: derivación temprana de las vías gastrointestinal y urinaria así como rehabilitación neuromuscular del piso pélvico; son los pilares en la recuperación del estado hemodinámico, disminución de la morbilidad y el adecuado restablecimiento de la anatomía y su funcionalidad.

## Bibliografía

- Hernández-Tiría, M. C., Navarro-Devía, A. J., & Osorio-Ruiz, A. M. (2015). Lesión vulvar y perineal secundaria a trauma pelvipereineal complejo: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología*, 66(4), 297-305. <https://doi.org/10.18597/rcog.295>
- Lee, M. J., Wright, A., Cline, M., Mazza, M. B., Alves, T., & Chong, S. (2019). Pelvic Fractures and Associated Genitourinary and Vascular Injuries: A Multisystem Review of Pelvic Trauma. *AJR. American journal of roentgenology*, 213(6), 1297-1306. <https://doi.org/10.2214/AJR.18.21050>
- Bryk, D. J., & Zhao, L. C. (2016). Guideline of guidelines: a review of urological trauma guidelines. *BJU international*, 117(2), 226-234. <https://doi.org/10.1111/bju.13040>
- Coccolini, F., Stahel, P. F., Montori, G., Biffi, W., Horer, T. M., Catena, F., Kluger, Y., Moore, E. E., Peitzman, A. B., Ivatury, R., Coimbra, R., Fraga, G. P., Pereira, B., Rizoli, S., Kirkpatrick, A., Leppaniemi, A., Manfredi, R., Magnone, S., Chiara, O., Solaini, L., ... Ansaloni, L. (2017). Pelvic trauma: WSES classification and guidelines. *World journal of emergency surgery : WJES*, 12, 5. <https://doi.org/10.1186/s13017-017-0117-6>
- Li, P., Zhou, D., Fu, B., Song, W., & Dong, J. (2019). Management and outcome of pelvic fracture associated with vaginal injuries: a retrospective study of 25 cases. *BMC musculoskeletal disorders*, 20(1), 466. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2839-y>