

# Fractura por arrancamiento de espina iliaca anteroinferior, a propósito de un caso.

Eva María Vera Porras, José Sánchez Archidona, Juan Fernando Navarro Blaya, Javier Cabo Diez, Joaquina María Pan Pérez-Villalobos, Guillermo García Hernández.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, El Palmar, Murcia.

## Introducción

Las fracturas por avulsión de la pelvis (pertenecientes a fracturas estables A1 de la clasificación de Tile o tipo A de la clasificación de la AO) suelen producirse en jóvenes deportistas, provocadas por la contracción violenta del recto anterior. La clínica y la radiografía simple anteroposterior y axial son claves para el diagnóstico.

## Objetivos

Conocer el diagnóstico de la avulsión de espina iliaca anteroinferior (EIAI) y sus opciones terapéuticas actuales.

## Material y metodología

Presentamos un paciente varón de 17 años de edad que acude a urgencias por dolor súbito en cadera mientras jugaba al fútbol. El paciente relata dolor súbito tras inicio de la carrera que le provoca impotencia funcional posteriormente. A la exploración, dolor inguinal localizado con pequeño hematoma, en ausencia de deformidad. Existía claudicación para la marcha e imposibilidad para el apoyo monopodal, gran limitación a la rotación y flexo-extensión, activa y pasiva de la cadera afecta. En radiografía simple se objetiva fractura por arrancamiento de espina iliaca anteroinferior (figura 1). El TC informó de fractura por arrancamiento de espina iliaca anteroinferior con fragmento desplazado <1 cm en sentido inferior y posterolateral.

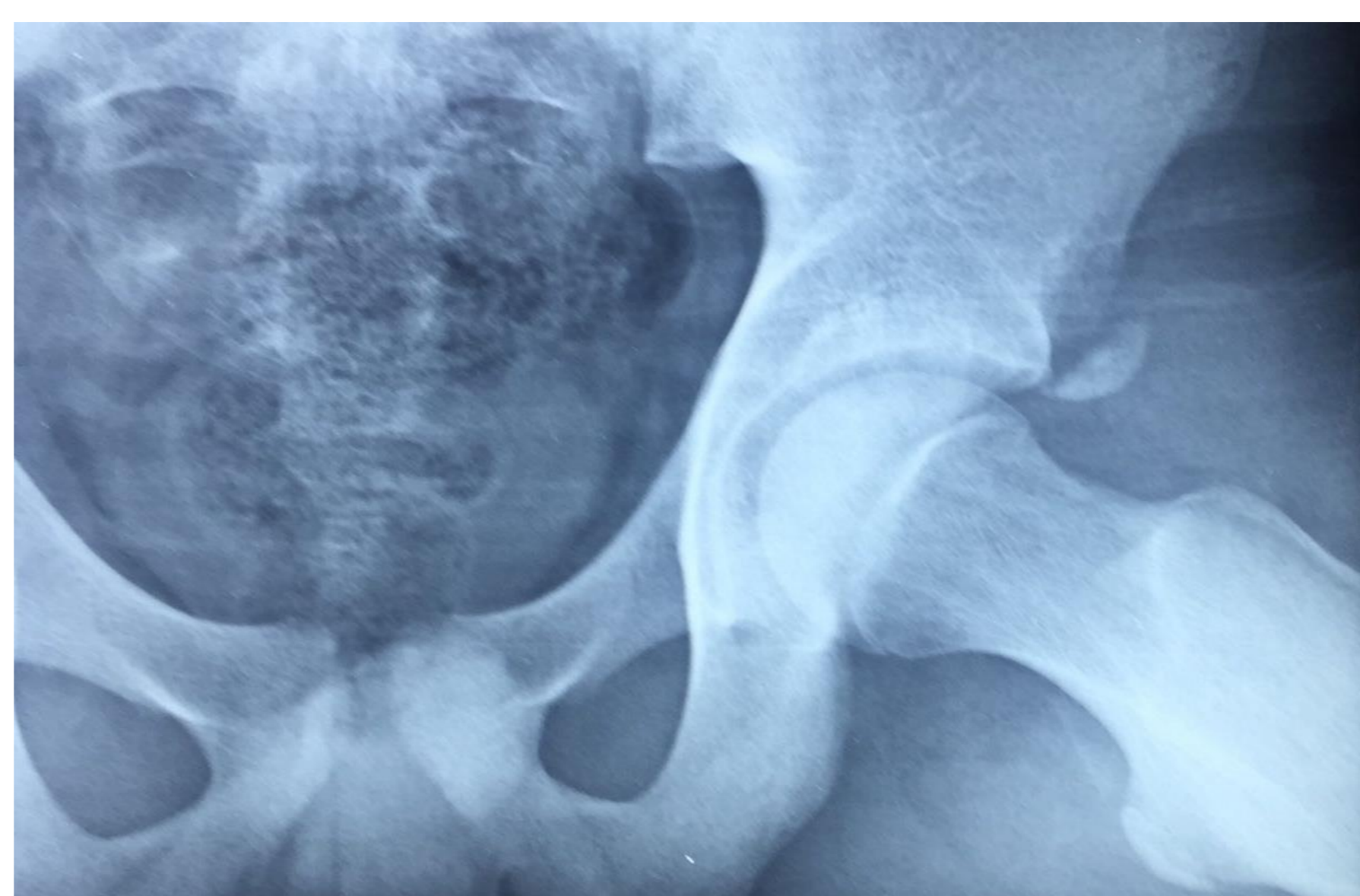


Fig.1. Fragmento por arrancamiento EIAI.

## Resultados

Tras una revisión de la bibliografía actual, se indicó tratamiento conservador ortopédico, basado en reposo relativo, con carga parcial para la deambulación durante las primeras 2-3 semanas junto con tratamiento analgésico. Se inició rehabilitación y reincorporación a la actividad diaria entorno a la 4ª semana y la incorporación a su actividad física entorno a la 9ª.

## Conclusiones

Conforme a la bibliografía actual, el tratamiento de elección es ortopédico (reposo, analgesia, crioterapia y ejercicios de rehabilitación isométricos), con recuperación sin dolor y alcanzando el nivel de actividad deportiva previo a la lesión, si bien la cirugía (agujas de Kirschner o tornillos a compresión) puede ser el tratamiento de elección en deportistas de élite con grandes fragmentos desplazados más de 2 cm o dolor y limitación del balance articular por exóstosis; sin embargo, esta alternativa no ha demostrado que mejore los resultados.

