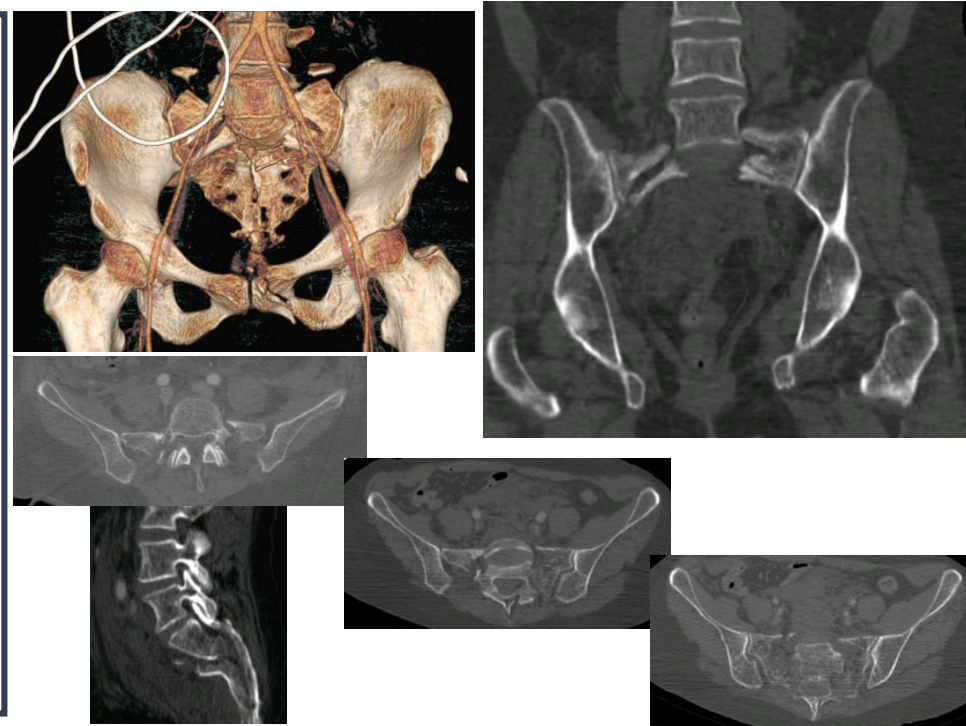


FRACTURA DE PELVIS Y DISOCIACIÓN ESPÓNDILO-PÉLVICA EN PACIENTE JOVEN PRECIPITADO. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

López Muñoz, Cristian (1). Ramírez Villaescusa, José V. (1). Ruiz Picazo, David (1). Víctor García Martín(1). Joaquin Alfaro Micó (1) Francisco José Martín Somoza (1).
 (1): Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN

- Se emplea el término fractura de sacro con disociación espándilo-pélvica para aquellas fracturas de sacro que conjugan un trazo transversal con trazos sagitales en ambas alas sacras.
- Esto provoca una separación mecánica entre el raquis -junto con el fragmento de sacro proximal resultante- y la pelvis.
- Lesión muy infrecuente, aunque probablemente infradiagnosticada.
- Habitualmente en el contexto de un politraumatismo de alta energía. Asocian alto índice de lesión neurológica.
- Un diagnóstico y tratamiento tempranos pueden conseguir un mejor pronóstico funcional.
- De forma precoz hay que considerar la descompresión nerviosa, asociada con reducción y estabilización de la fractura.



MATERIAL Y MÉTODOS

- Paciente mujer de 45 años que ingresa por politraumatismo tras precipitación desde 2º piso (intento de autolisis).
- Tras exploración física exhaustiva y realización de radiografías y escáner, se diagnostica de múltiples lesiones, entre ellas: supracondílea de fémur izquierdo, abierta conminuta de calcáneo izquierdo, fractura-luxación astrágalo-escafoidea, fractura compleja de sacro tipo 3 según la clasificación de Denis con afectación de ambas alas sacras y fractura de apófisis transversas de últimas vértebras lumbares.
- De urgencias se realiza estabilización de las lesiones con fijador externo de pelvis y fijador externo de fémur izquierdo, así como limpieza y sutura de fractura abierta de calcáneo izquierdo. En estudio previo por Servicio de Neurofisiología se confirma lesión severa de raíces lumbares L4 y L5, y raíces sacras.
- De forma diferida, dada la inestabilidad hemodinámica de la paciente, se procede a retirada de fijador externo de pelvis y realización, por vía posterior, de **estabilización de fractura de sacro y disociación espándilo-pélvica mediante fijación con tornillos pediculares en L4-L5-S1 y fijación pélvica con tornillos ilíacos**. Se realiza también cirugía definitiva sobre fractura de fémur mediante osteosíntesis con placa y tornillos y reducción de fractura-luxación astrágalo-escafoidea con 2 AK.
- Actualmente, 5 años tras cirugía, la paciente no presenta dolor en columna lumbosacra ni miembros inferiores. Camina con bastones sin dolor y persiste la afectación de esfínteres. Afectación L4 bilateral (4/5 izquierdo y 4/5 derecho). Afectación severa L5 derecho (0/5) y leve izquierdo (4/5). Afectación S1 derecho (4/5) e izquierdo (4/5).

RESULTADOS

Incluso en los pacientes sin daño neurológico, y con fracturas escasamente desplazadas, un tratamiento quirúrgico con estabilización de las mismas permitiría una movilización precoz.

La norma es, por tanto, el tratamiento quirúrgico. Los objetivos a conseguir son 2, fundamentales y necesarios:

- 1) **DESCOMPRESIÓN:** La descompresión se lleva a cabo de forma directa mediante la retirada de los fragmentos óseos de lámina fracturada, completando una laminectomía en el sacro tan amplia como sea posible. El momento idóneo de es debatible, puesto que una descompresión precoz implica mayor riesgo de complicaciones en un paciente hemodinámicamente inestable y una tardía supone mayor encamamiento y tiempo de hospitalización, con las consecuencias pertinentes.
- 2) **FIJACIÓN:** El **estándar de tratamiento** actual es la **fijación espándilo-pélvica**. Estos montajes incluyen una sólida fijación lumbar con tornillos pediculares a varios niveles solidarizada mediante barras con tornillos ilíacos colocados a nivel de la espina ilíaca posterosuperior.

CONCLUSIONES

- Disociación E-P: Fracturas de sacro que conjugan un trazo transversal con trazos sagitales en ambas alas sacras.
- Lesión muy infrecuente, a menudo infradiagnosticada., debida a traumatismos de muy alta energía.
- Alto índice de lesión neurológica.
- La descompresión puede demorarse hasta el momento de la fijación, si no hay una alteración neurológica evidente y progresiva.
- Estabilización: Múltiples técnicas que únicamente confieren estabilidad en el plano horizontal. Indicaciones limitadas, siendo la fijación lumbo-pélvica el gold standard.