



A PROPÓSITO DE UN CASO: DISOCIACIÓN ESPINOPÉLVICA

Autor principal: Fabio Alejandro Casero Rodríguez

Autores: Carolina García-Herrera Cruces; Alberto Jesús Ruiz Toro; María Julia Hernando Escudero; Jesús Herrero Pineda

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES

OBJETIVOS

- Exponer la experiencia de nuestro servicio con esta patología, fractura combinada: trazo vertical + transversal o en U, altamente infrecuente y de difícil manejo.
- Destacar las ventajas, de la osteosíntesis combinada: iliosacra + lumbopélvica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 19 años derivada a nuestro centro desde el Hospital Virgen del Puerto (Plasencia) por fractura de ala sacra (Rx simple) con síntomas de alarma (hipoestesias y disestesias en zona perineal) que comienzan a las 24h tras traumatismo de alta energía.

A su llegada a nuestro Hospital, se realiza TAC lumbosacro que informa de:

- Fractura de ambas alas sacra con extensión a agujeros de conjunción de S1 bilateralmente.
- Fractura a nivel de S2 con retropulsión hacia el canal que condiciona estenosis en ese nivel.

Durante el ingreso la paciente comienza a tener dificultad para el inicio de la micción requiriendo sondaje urinario, por otra parte no hay progresión del resto de síntomas de alarma.

Se interviene de forma programada realizándose fijación de la fractura mediante:

- Tornillos sacroiliacos para sintetizar las fracturas verticales de ambas alas sacras
- Instrumentación posterior para fijar el trazo transversal con tornillos transpediculares en L4 y L5 + tornillos iliacos.

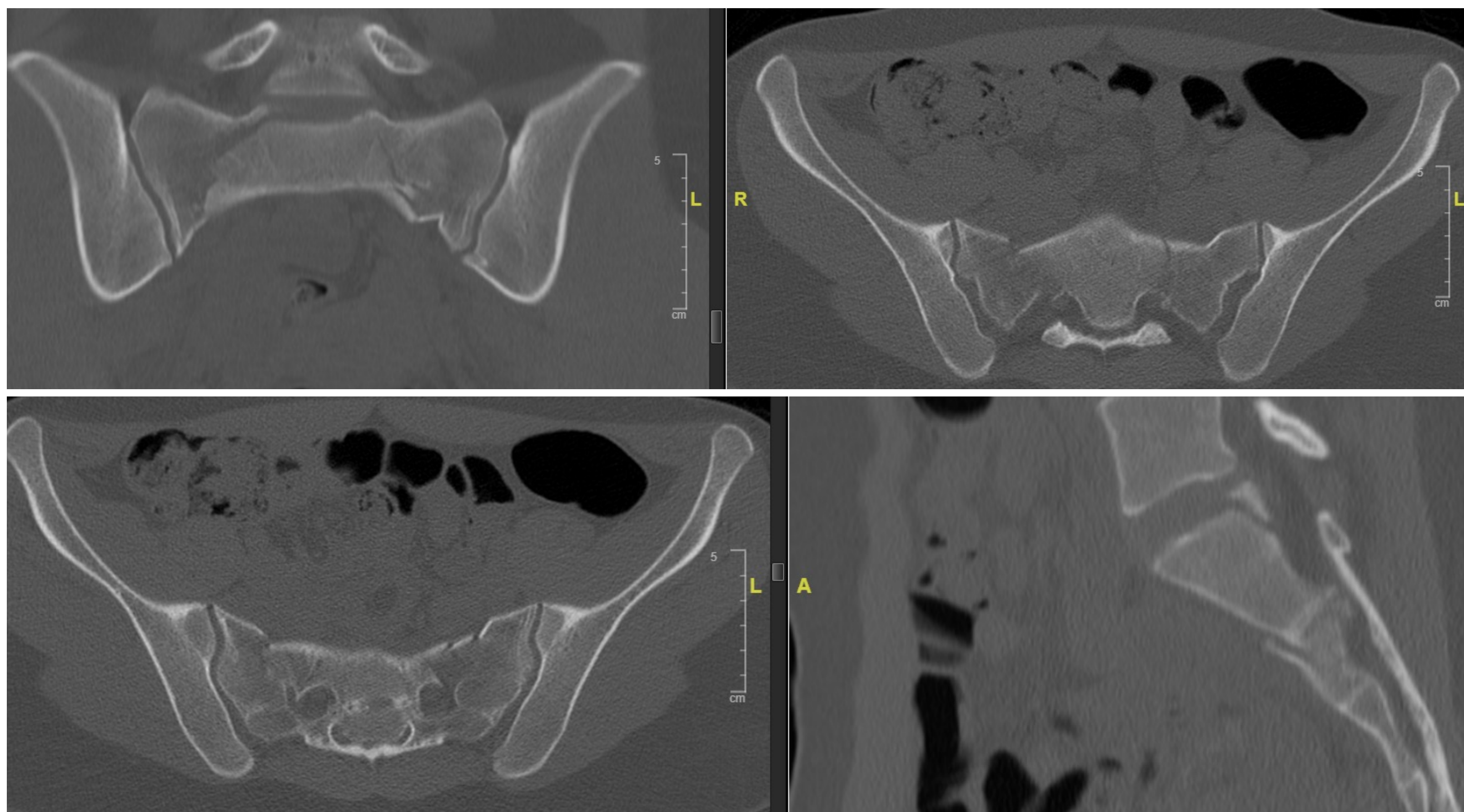
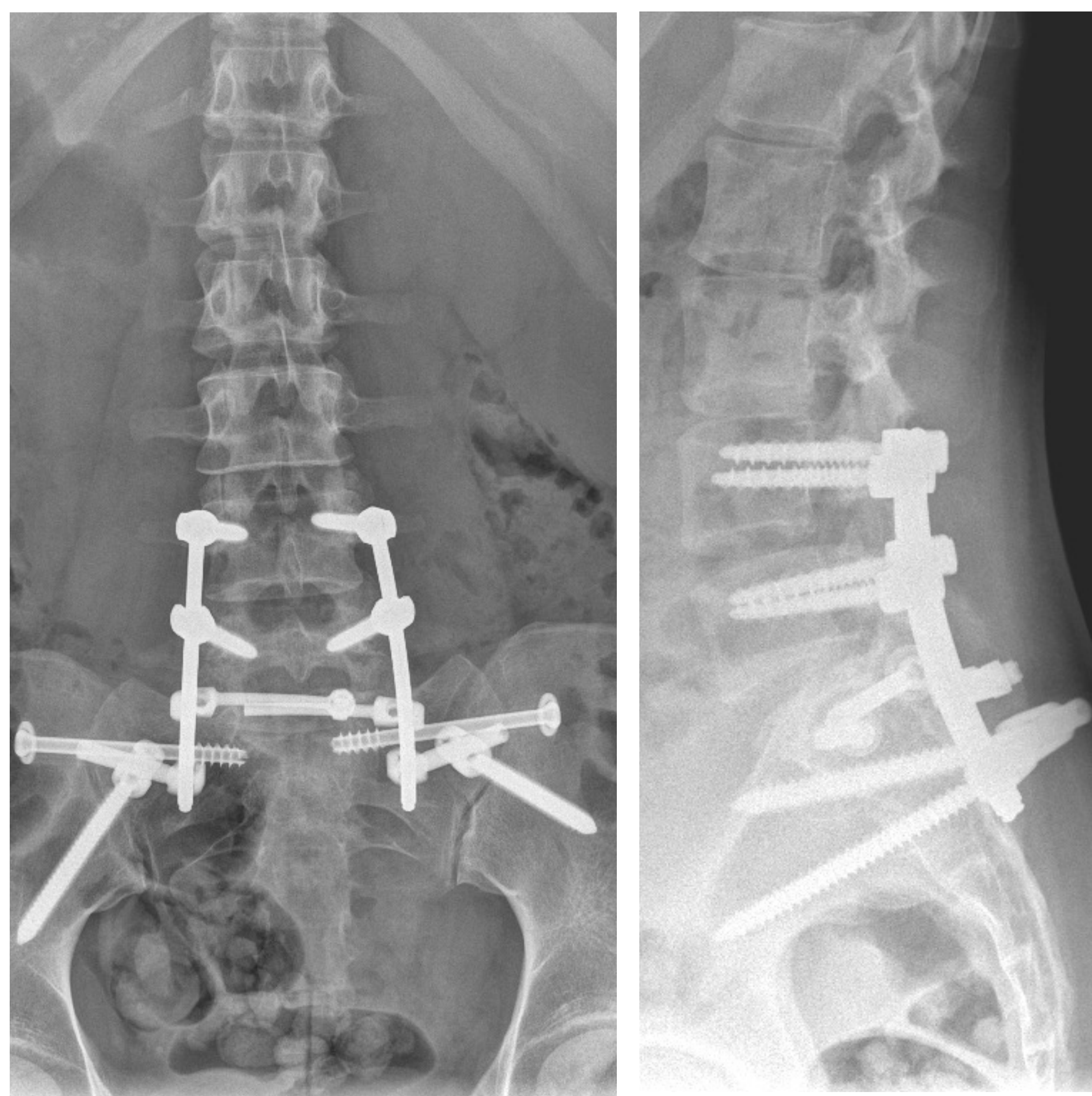


Imagen izda: TAC donde se observan los trazos verticales y transversales de la fractura (combinada o en U).

Imagen inferior: control radiológico de la osteosíntesis en triángulo



RESULTADOS

La paciente evoluciona favorablemente pero cursa alta con sondaje urinario al no recuperar completamente el control de esfínteres. En las sucesivas revisiones en consultas externas la evolución es excelente con resolución completa de la clínica urinaria, sin radiculalgia ni déficits motores o sensitivos.

En la última consulta, a los 7 meses, se le permite reanudar las actividades deportivas de carga.

CONCLUSIONES

Las fracturas sacras son de difícil diagnóstico, especialmente en casos de exploración neurológica normal, por lo que en muchos casos son infradiagnosticadas y por tanto tratadas de forma errónea.

Las **fracturas combinadas de trazo vertical y transversal** (en U o H) constituyen <5% del total de fracturas sacras (altamente infrecuentes). De esta manera el tratamiento de estos pacientes se determina caso por caso al no haber suficiente literatura que indique un manejo generalizado.

En nuestro servicio se optó por una **osteosíntesis en triángulo** mediante tornillos iliosacros y fijación lumbopélvica obteniéndose unos resultados muy satisfactorios. Esta configuración ha demostrado superioridad biomecánica además de permitir una mejor reducción y por tanto mejor pronóstico neurológico