

DISOCIACIÓN ESPINOPÉLVICA. OBJETIVO: VOLVER A UNIR EL CUERPO

Paulete García A, Vega Curiel A, Herrero Pineda J.M (Hospital Universitario Cáceres – Cáceres)

INTRODUCCIÓN

La disociación espinopélvica es una fractura transversa de sacro asociado a fractura sagital de las dos alas sacras, desconectado raquis y sacro, así como el anillo pélvico y las extremidades inferiores. Suelen tener forma de U o H en el plano coronal. Representan el 2,9% de las disrupciones del anillo pélvico y se deben típicamente a traumatismos de alta energía asociando frecuentemente otras lesiones

OBJETIVOS

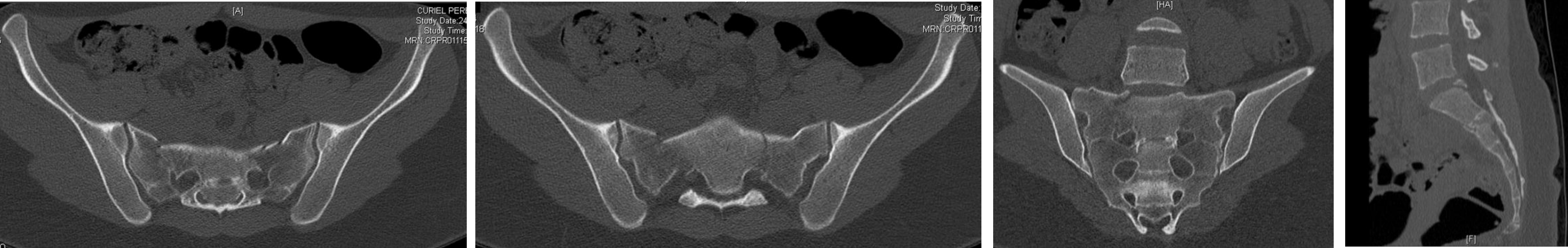
Establecer los criterios de alarma para realizar una intervención quirúrgica urgente ante una disociación espinopélvica. Así como, saber identificar radiográficamente este tipo de lesiones sin pasarlas por alto, además de adecuado tratamiento

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer 19 años, que acude Urgencias por limitación funcional e intenso dolor a la flexión del tronco y extremidades de varios días evolución sin mejoría con tratamiento analgésico tras caída en la ducha, según refiere.

Presenta dolor lumbar no irradiado MMII, parestesias perigenitales intermitentes asociando estreñimiento sin incontinencia urinaria. A la exploración abdomen blando, depresible, RHA + pero defensa a la palpación suprapúbica sin claro globo vesical. Pelvis estable, maniobras pélvicas negativas, Lasegue bilateral positivo 30º, Bragard negativo, caderas libres dolorosas a flexión, punta-talón negativa, fuerza 5/5 y sensibilidad 2/2 en todas metámeras sin anestias en silla de montar ni pérdida de control de esfínteres. Rx AP pelvis muestra fractura ala sacra izquierda, la AP abdomen íleo paralítico, y la AP y lateral columna lumbosacra rectificación lordosis lumbar, sin fractura vertebral o listesis asociada, pero si posible globo vesical produciendo RAO y requiriendo sondaje vesical.

Detectamos que el mecanismo lesional no cuadra, volviendo a interrogarle, refiere haber saltado desde altura de un primero. Solicitamos TAC y RMN, indicando fractura ambas alas sacras con leve desplazamiento de la derecha, extensión hasta el canal en S1 sin compromiso agudo y afectación de ambos agujeros conjunción con integridad raíces bilaterales. Además, estenosis de canal secundario a retropulsión del fragmento fractuario del cuerpo S2 contactando las raíces S2 y las de cola de caballo. Tenemos fractura sacro tipo II Denis, morfología tipo “H” con extensión a alas y tipo II Roy-Camille traducidiéndose en disociación espinopélvica.



RESULTADOS

Se interviene quirúrgicamente iniciando en decúbito supino para colocar bajo escopia tornillos sacroílicos (7,3mm) bilateralmente. Ya en decúbito prono y mediante abordaje longitudinal posterior realizamos instrumentación posterolateral L4-L5 con tornillos tipo Solera®(4,75mm), añadiendo tornillos ilíacos. Se añade crosslink y conector de barra a los tornillos ilíacos. Finalmente se añade injerto autólogo y aloinjerto y drenaje. Al alta mantiene la clínica urinaria, y tras valoración por Urología se mantuvo sonda vesical. Desde el principio se autoriza la carga para las transferencias. A las 6 semanas, tras correcta radiografía se autoriza carga parcial asistida con muletas. La clínica urinaria no se ha resuelto manteniendo síntomas de retención urinaria. A las 11 semanas se permite carga completa con resolución de la clínica urinaria. El deporte sin impacto se inicia a los 4 meses.

CONCLUSIONES

La disociación espinopélvica es poco frecuente y hasta en el 38% de los casos se realiza un diagnóstico tardío. Se debe pensar en esta patología ante todo traumatismo de alta energía con compresión axial del raquis sobre la pelvis, siendo el TAC fundamental en su diagnóstico. La radiculopatía y lesiones neurológicas son unas de las complicaciones más frecuentes. Existe cierto consenso en el tratamiento, siendo la artrodesis lumbopélvica el de elección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quacinella M.A, Morrissey P.B, Parry J.A, Mauffrey C. Spinopelvic Dissociation: Assessment, Reduction Strategies, and Fixation Techniques. J Am Acad Orthop Surg. 2020 Dec 15;28(24):e1086-e1096. doi: 10.5435/JAAOS-D-19-00863.
2. Wanner J.P, Tatman L, Stephens B, Mitchell P. Team Approach: Spinopelvic Dissociation. JBJS Rev. 2021 Aug 12;9(8). doi: 10.2106/JBJS.RVW.20.00196.
3. Bäcker H.C, Vosseller J.T, Deml M.C, Perka C, Putzier M. Spinopelvic Dissociation: A Systematic Review and Meta-analysis. J Am Acad Orthop Surg. 2021 Feb 15;29(4):e198-e207. doi: 10.5435/JAAOS-D-19-00293.
4. Kaye I.D, Yoon R.S, Stickney W, Snavelly J, Vaccaro A.R, Liporace F.A. Treatment of Spinopelvic Dissociation: A Critical Analysis Review. JBJS Rev. 2018 Jan;6(1):e7. doi: 10.2106/JBJS.RVW.16.00119.
5. Yi C, Hak D.J. Traumatic spinopelvic dissociation or U-shaped sacral fracture: a review of the literature. Injury. 2012 Apr;43(4):402-8. doi: 10.1016/j.injury.2010.12.011. Epub 2011 Jan 13.

