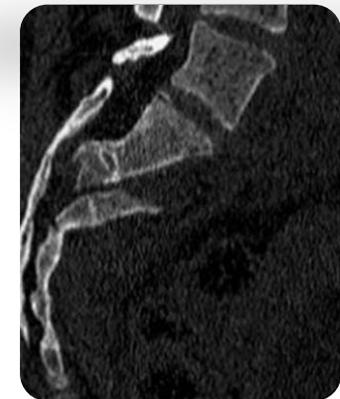


DISOCIACIÓN ESPINO-PÉLVICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Vera Giménez, Eva María; Bailén García, Ana; Gómez González, Daniel Alejandro; Madrigal Quevedo, Alejandro; Bascuñana Mas, Emilio; Ruiz Piñana, Enrique; Valiente Valero, Jose Manuel; Esteve Durá, Mariano; Arlandis Villarroya, Santiago; García López Antonio. HGUA, Alicante.

INTRODUCCIÓN

La disociación espino-pélvica es una lesión muy infrecuente (representa un 2.9% de las fracturas de pelvis), aunque probablemente infradiagnosticada. Se define como una fractura del sacro que combina un trazo transversal con trazos sagitales en ambas alas sacras, provocando una separación mecánica entre el raquis y la pelvis. Habitualmente se presenta en el contexto de un politraumatismo de alta energía y es fundamental un diagnóstico y tratamiento tempranos para un mejor pronóstico funcional.





DISOCIACIÓN ESPINO-PÉLVICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Vera Giménez, Eva María; Bailén García, Ana; Gómez González, Daniel Alejandro; Madrigal Quevedo, Alejandro; Bascuñana Mas, Emilio; Ruiz Piñana, Enrique; Valiente Valero, Jose Manuel; Esteve Durá, Mariano; Arlandis Villarroya, Santiago; García López Antonio. HGUA, Alicante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Situación clínica en el lugar del accidente

- Consciente y orientada. Glasgow 15
- Vía aérea permeable (Sat 02 96%). TA: 74/36mmHg, FC: 93lpm
- No moviliza MII y refiere dolor en pelvis.

**SE ACTIVA CÓDIGO POLITRAUMA
EXTRAHOSPITALARIO**

Situación clínica en urgencias

- Somnolienta, fetor enólico, pupilas mióticas y reactivas. Glasgow 12
- Eupneica Sat 100% con gafas nasales a 4L.
- TA: 95/55mmHg, FC: 70lpm

-Inestabilidad hemipelvis izquierda con rotación externa de MII

Mujer de 26 años

AP: Obesidad (IMC>30)

Precipitada desde un tercer piso

TAC total body

- Fracturas no desplazadas de los arcos posteriores 10-11-12^a costillas izq
- Fracturas de todas las apófisis transversas lumbares izquierdas+hematoma retroperitoneal
- FRACTURA COMPLEJA DE PELVIS CON SIGNOS RADIOLÓGICOS DE INESTABILIDAD ROTACIONAL Y VERTICAL (TIPO C)**

FAST: no líquido libre en adomen

Rx tórax: sin hallazgos significativos

Rx pelvis: fractura de rama isquiopubiana izquierda



DISOCIACIÓN ESPINO-PÉLVICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

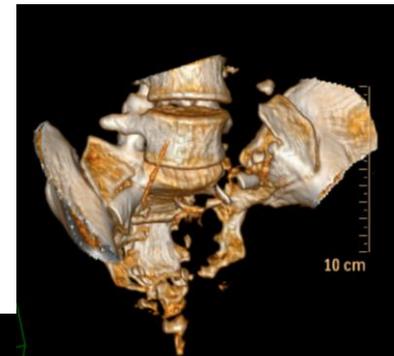
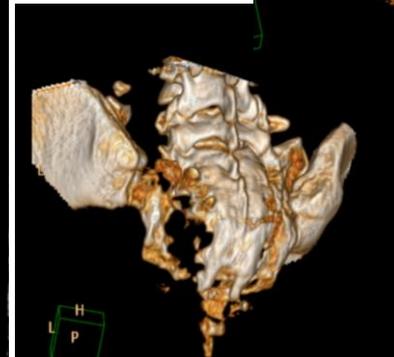
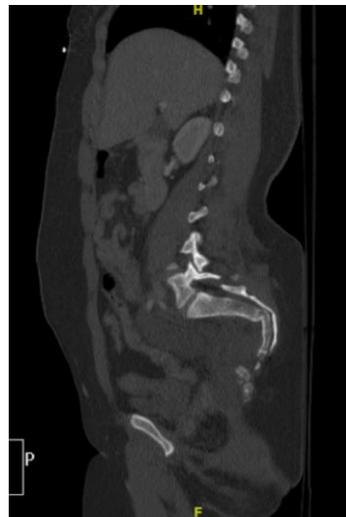
Vera Giménez, Eva María; Bailén García, Ana; Gómez González, Daniel Alejandro; Madrigal Quevedo, Alejandro; Bascuñana Mas, Emilio; Ruiz Piñana, Enrique; Valiente Valero, Jose Manuel; Esteve Durá, Mariano; Arlandis Villarroya, Santiago; García López Antonio. HGUA, Alicante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Debido a la estabilidad hemodinámica de la paciente se decide colocar un fijador pélvico e intervenir quirúrgicamente a la paciente de forma programada



Imágen 1. Rx pelvis en urgencias.
Fractura de rama isquiopubiana izquierda



Imágenes 2-5. TAC. *Trazo de fractura vertical afectando al ala sacra izquierda. Otro trazo de fractura en ala sacra derecha que afecta a la articulación sacroilíaca de ese lado. Dos trazos de fractura paralelos entre sí afectando a las ramas isquio e iliopubianas izquierdas. Fractura conminuta últimas vértebras sacras y coccígeas.*



DISOCIACIÓN ESPINO-PÉLVICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Vera Giménez, Eva María; Bailén García, Ana; Gómez González, Daniel Alejandro; Madrigal Quevedo, Alejandro; Bascuñana Mas, Emilio; Ruiz Piñana, Enrique; Valiente Valero, Jose Manuel; Esteve Durá, Mariano; Arlandis Villarroya, Santiago; García López Antonio. HGUA, Alicante.

Resultados

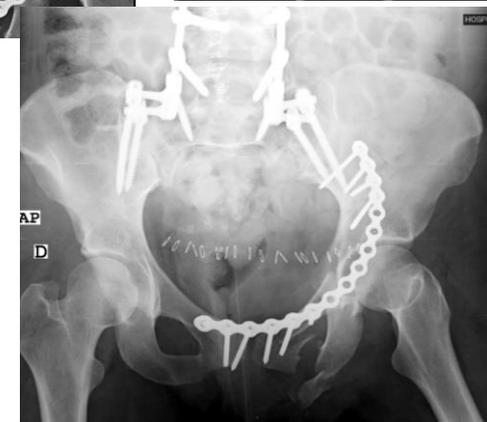
Procedimiento quirúrgico.

Mediante un abordaje posterior, se realizó una fijación lumbosacra (L4-L5-S1) junto con una fijación espino-pélvica mediante 2 tornillos ilíacos. A continuación, a través de un abordaje de Stoppa, se llevó a cabo una osteosíntesis anterior de la pelvis con placa.

Potenciales evocados motores y somatosensoriales.

Preoperatoriamente se obtuvieron respuestas compatibles con severa afectación neural sacra bilateral (mayor afectación izquierda).

Intraoperatoriamente no se registraron incidencias sugestivas de lesión (persiste severa afectación polirradicular sacra, fundamentalmente S1-S2 izq)



DISOCIACIÓN ESPINO-PÉLVICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Vera Giménez, Eva María; Bailén García, Ana; Gómez González, Daniel Alejandro; Madrigal Quevedo, Alejandro; Bascuñana Mas, Emilio; Ruiz Piñana, Enrique; Valiente Valero, Jose Manuel; Esteve Durá, Mariano; Arlandis Villarroya, Santiago; García López Antonio. HGUA, Alicante.

Conclusiones

Se trata de una patología infrecuente pero es fundamental mantener la sospecha ante un traumatismo de alta energía. El tratamiento de elección, salvo excepciones, es quirúrgico. Importante determinar la afectación neurológica prequirúrgica de estos pacientes puesto que será el principal determinante del pronóstico a largo plazo.

Bibliografía

- W. Lehmann, M. Hoffmann, D. Briem, L. Grossterlinden, J. P. Petersen, M. Priemel, P. Pogoda, A. Ruecker, J. M. Rueger. Management of traumatic spinopelvic dissociations: review of the literature. *Eur J. Trauma Emerg Surg* (2012) 38:517-524.
- Matthew P. Sullivan, Harvey E. Smith, James M. Schuster, Derek Donegan, Samir Mehta, Jaimo Ahn. Spondylopelvic dissociation. *Orthop Clin N Am* 45 (2014) 65-75.
- Sean E. Nork, Clifford B. Jones, Susan P. Harding, Sohail K. Mirza and M. L. Chip Routt, Jr. Percutaneous stabilization of U-Shaped sacral fractures using iliosacral screws: Technique and early results. *Journal of Orthopedic trauma*. 2001. Vol 15. 238-246.
- Thomas A. Schildhauer, Carlo Bellabarba, Sean E. Nork, David P. Barei, Milton L. Chip Routt and Jeans R. Chapman. Decompression and lumbopelvic fixation for sacral fracture-dislocations with spino-pelvic dissociation. *J. Orthop Trauma*. 2006;20: 447-457.