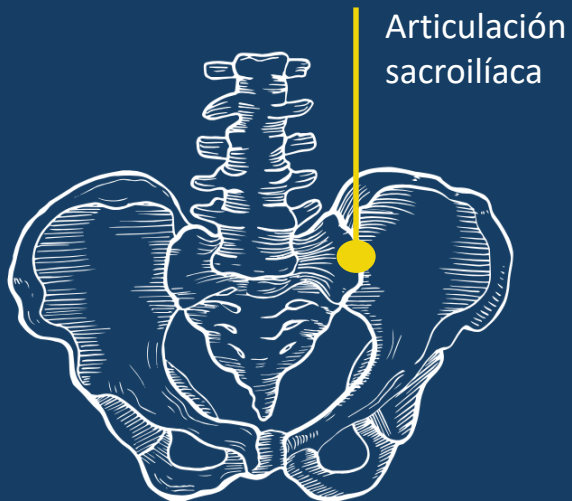




1. Introducción

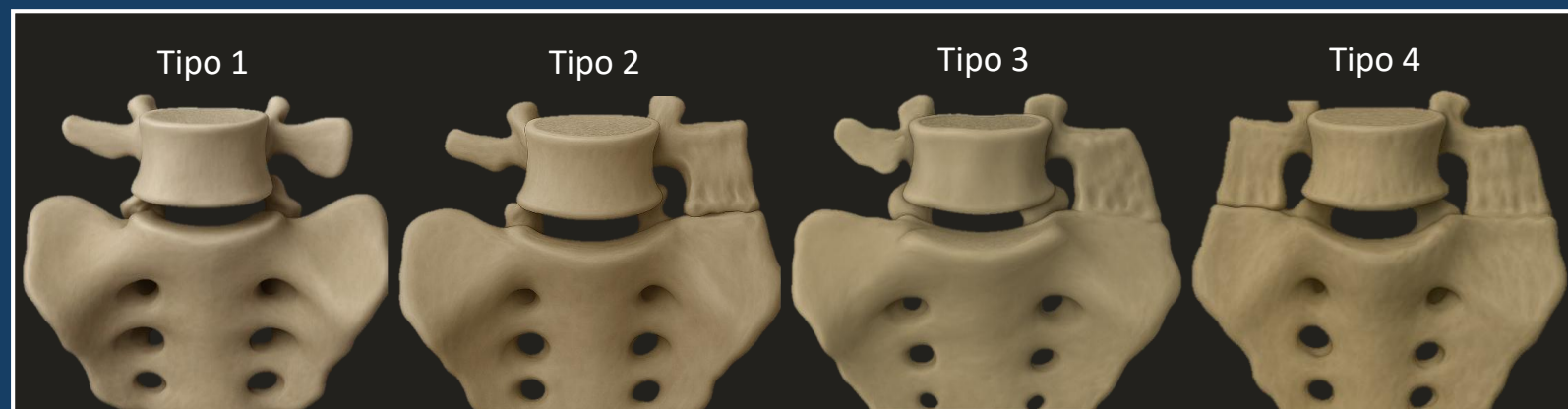
Articulación
sacroilíaca

En los tipos II y III, el ala sacra rudimentaria tiene suficiente entidad como para permitir la colocación de tornillos, posibilitando la fijación mediante placas en la región anterior de la articulación.

	Tornillos ilíaco-sacos	Placas anteriores
Luxación pura	✓	✓
Fractura-luxación Crescent	Limitados si fragmento grande	✓

En pacientes con sacros dismórficos, la colocación de tornillos en S1 no es posible, por lo que deben ser colocados en S2, aumentando la complejidad técnica y limitando el número de tornillos. Otra opción podría ser realizar la fijación con placas colocadas por un abordaje anterior.

Clasificación de Castellvi-Chan



D.M. Matson, L.M. McCormick, J.N. Sembrano, D.W. Polly. Sacral Dymorphism and Lumbosacral Transitional Vertebrae (LSTV) Review. International Journal of Spine Surgery. 2020; 14 (1): 14-19.

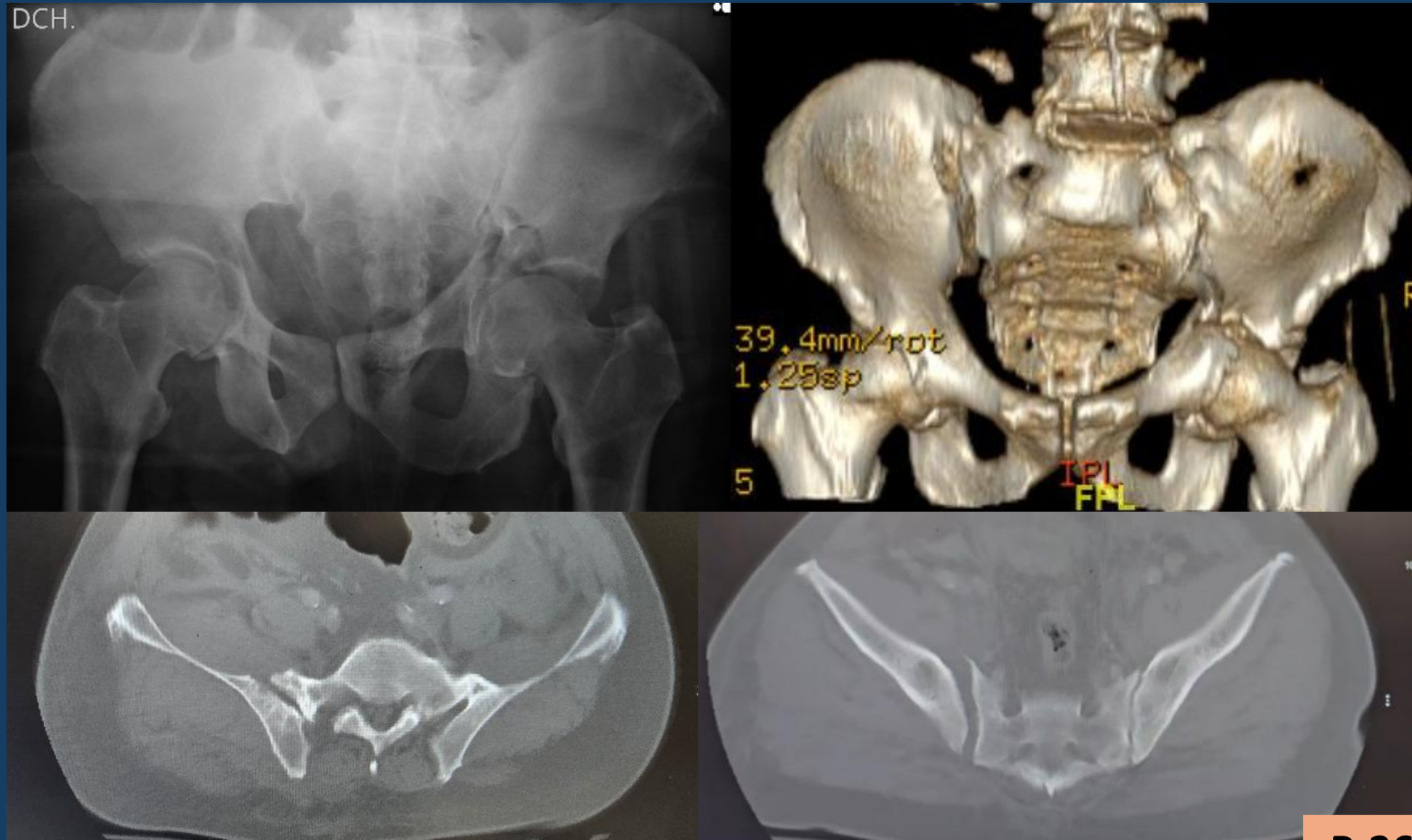
Objetivo

Presentar dos casos con fracturas de pelvis con afectación de la articulación sacroilíaca, que además presentaban una dismorfia de sacro, en los que se realizó la fijación con placas colocadas a través de un acceso anterior

2. Material y Métodos

Caso 1

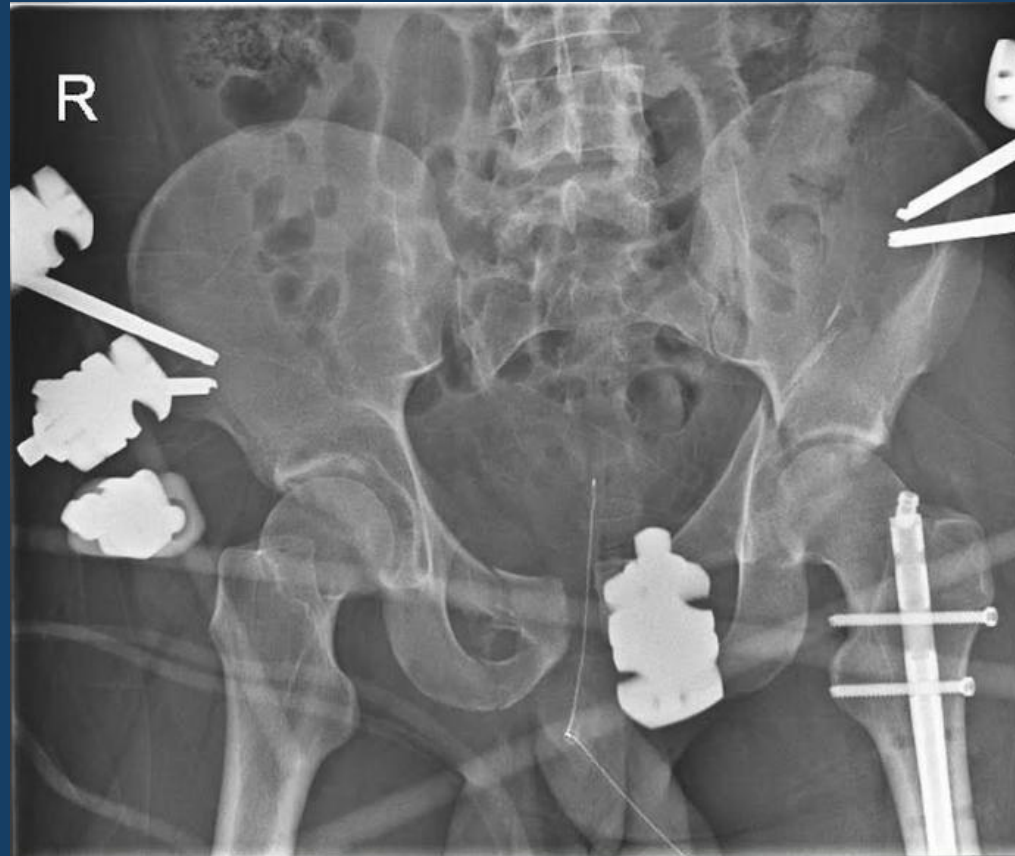
Fractura transversa de acetábulo izquierdo con luxación de la articulación sacroilíaca derecha y signos de dismorfia de sacro tipo III. En este tipo, la apófisis transversa se encuentra fusionada al ala sacra de S2



2. Material y Métodos

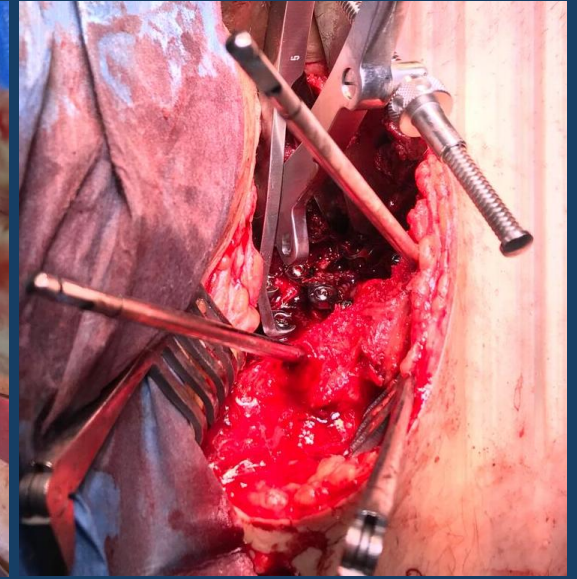
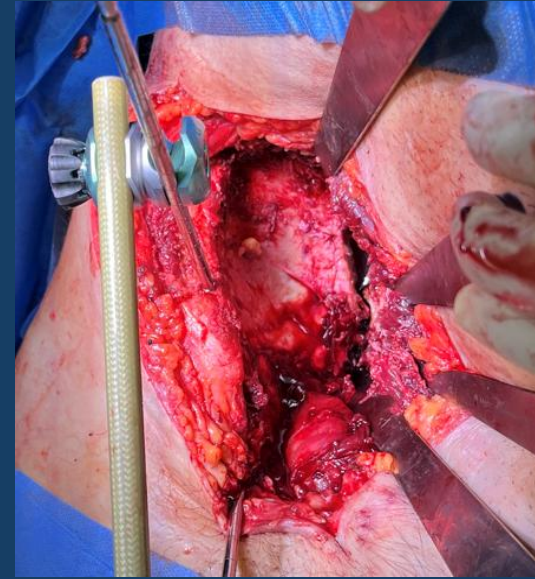
Caso 2

Paciente con fractura de columna anterior y hemitransversa posterior en el acetábulo izquierdo, que asociaba una fractura de las ramas ramas derechas, y una luxación de la articulación sacroilíaca derecha. En este caso la dismorfía de sacro era un tipo II, donde la apófisis transversa de L5 no se encuentra fusionada al resto del sacro.



2. Material y Métodos

La **fijación definitiva** se realizó en decúbito supino empleando el **abordaje anterior de la articulación sacroilíaca**. La articulación se reduce mediante fichas de Schanz y pinzas de reducción, y se fija mediante placas de 3,5mm. La placa superior se colocó insertando los dos tornillos laterales en el ala sacra, y el tornillo más medial en la apófisis transversa dismórfica, mientras que en las placas inferiores el tornillo se situó en el ala sacra de S2.



Caso 1



Caso 2



En ambos casos la fractura de acetábulo se fijó utilizando un abordaje anterior intrapélvico mediante placas de 3.5 mm. En el segundo caso también se utilizó el abordaje anterior de la articulación SI de ese lado para fijar la columna anterior.

3. Resultados

Caso 1



Caso 2



Ambas fracturas consolidaron sin pérdidas de reducción, aunque en el primer caso se observa la rotura de uno de los tornillos de la placa sacroilíaca

El primer paciente desarrollo una paresia del nervio obturador además de una meralgia parestésica en el lado izquierdo, durante la reducción de la fractura acetábulo, que se resolvió a los 4 meses.

4. Conclusiones

El tratamiento mediante placas anteriores de las lesiones completas de la articulación sacroilíaca en pacientes con dismorfia de sacro es una técnica eficaz, que permite una adecuada fijación de estas lesiones sin aumentar el número de complicaciones relacionadas con el método de fijación.