

Servicio de Traumatología de la Clínica Quirúrgica del Prof.
Blanco Acevedo. — Médico-Jefe: Dr. José Luis Bado

A PROPÓSITO DE UN CASO DE FRACTURA DE LA ESPINA ILIACA ANTERO - POSTERIOR

Hebert CAGNOLI

La fractura de la espina iliaca antero superior, a menudo de causa indirecta por tracción muscular, es una lesión muy poco frecuente.

Y esa limitada frecuencia se hace aún más evidente si examinamos las distintas estadísticas de fracturas de la pelvis.

En la estadística de Ettore, organizada en el Ospedale Maggiore de Milano, sobre 167 fracturas de pelvis hay una sola fractura de la espina iliaca antero superior (0,58 %) y en la del Hospital de Bochum (Strauss), sobre 814 fracturas pelvianas sólo se encuentran 6 fracturas de esa espina, es decir el 0,74 %.

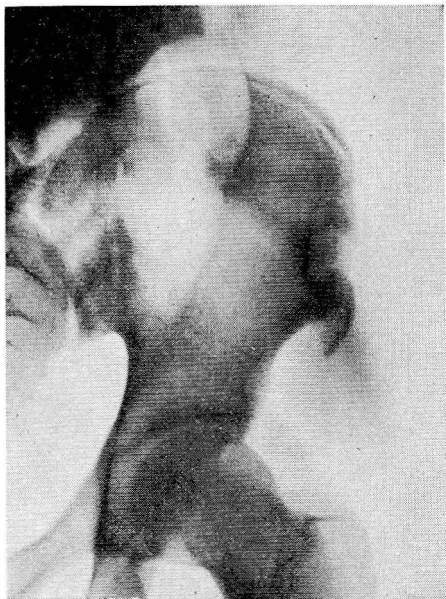
Wilson, entre 4390 fracturas y luxaciones observadas en el Massachusetts General Hospital de Boston, apunta sólo un caso de fractura aislada de la espina iliaca antero superior.

Padula, en un reciente artículo aparecido en la "Chirurgia degli organi de movimento", hace ascender los casos publicados a un total de 63, sin incluir los tres casos que él presenta.

Esta reducida casuística nos lleva a dar a conocer nuestra observación personal, que es la que sigue:

"A. L. de 19 años de edad, ingresa al Servicio de Traumatología en setiembre 3 de 1939.

Nos refiere que el día anterior, jugando al football mientras estaba en plena carrera, intenta dar un puntapié a la pelota con la pierna iz-



1. — Radiografía que nos muestra la fractura de la espina ilíaca antero superior y el desplazamiento del fragmento desprendido hacia abajo.



2. — A los 8 meses comprobamos en esta placa que el fragmento desprendido se ha consolidado a la pelvis que se presenta a ese nivel más gruesa y saliente.

quierda, pero siente como un crujido acompañado de intenso dolor, a nivel de la espina ilíaca antero superior. El dolor intenso, es seguido de claudicación, impotencia funcional que le impide la estación de pie y la marcha.

Examinado el enfermo en decúbito dorsal, comprobamos un paciente tranquilo, con un excelente estado general; localizando nuestra inspección a la región afecta se nota la espina ilíaca antero superior izquierda con discreta tumefacción y equimosis.

Al pretender flexionar el muslo sobre la pelvis con la rodilla en extensión, los dolores son muy intensos y la tentativa de movilización fracasa. Al sentarse o pretender hacerlo los dolores son también intensos. Impotencia funcional de miembro inferior izquierdo. Dolor a la presión sobre la espina ilíaca izquierda sin sensación de desplazamiento ni crujido.

Radiografía: Fractura de la espina ilíaca anterior superior con ligero desplazamiento hacia abajo.

Tratamiento: Reposo en cama, colocando el muslo izquierdo en flexión sobre la pelvis.

Evolución: Nuestro enfermo guarda cama con el muslo semiflexio-

nado sobre la pelvis durante 15 días; al cabo de ese tiempo reinicia su actividad habitual y vuelve a la práctica del football sin anotar trastornos.

Lo volvemos a ver a los 8 meses y comprobamos una funcionalidad completa de su miembro, la no existencia de dolores a nivel de la espina fracturada que a la palpación se presenta descendida y engrosada, pero formando cuerpo solidariamente con la pelvis. A la radiografía se ve una perfecta consolidación del trozo desprendido que se confunde con la saliencia de la cresta ilíaca a ese nivel.

Etiopatogenia. — Representa según Lohr un traumatismo típico de deporte en la carrera.

Su causa puede ser directa o indirecta. La causa directa es poco frecuente (casos de Snegierew, Westerborn, Ettore, Strauss); la indirecta es la común, entrando dentro del tipo de fractura por contracción muscular: contracción brusca, imprevista, violenta de las masas musculares que se fijan en la espina.

El sartorio y el tensor de la fascia lata son los músculos que toman parte activa en el mecanismo de fractura, mientras que los músculos abdominales actúan apenas como contracción.

Matti nos dice que la fractura se produce por la acción no coordinada de dichos músculos.

Anatomía patológica. — No existe acuerdo entre los distintos autores si esta lesión debe rotularse de fractura propiamente dicha o si entra dentro del grupo de los desprendimientos epifisarios.

Los que defienden esta última hipótesis (Perna, Poland, Rush) admiten la existencia de un núcleo de osificación propio para la espina ilíaca antero superior; lógicamente sería así posible su decolamiento a nivel del cartílago de conjugación.

Pero después de las verificaciones de Testut, se llega a la conclusión que la espina ilíaca antero superior y la cresta ilíaca poseen un único y común punto de osificación complementario que termina su completa unión al iléon entre 24 y 25 años.

A esta razón anatómica a favor de la hipótesis de la fractura se deben agregar razones anatomopatológicas que nos dicen que la superficie de fractura está exclusivamente constituida de tejido óseo metafisario (comprobaciones operatorias de Ord, Lohr, De Araujo, etc.) y que el fragmento óseo desprendido es de dimensiones variadas.

Estos argumentos nos llevan a considerar que se trata de una verdadera fractura metafisaria.

La dislocación del fragmento es generalmente hacia abajo y afuera y sus dimensiones, que son variadas, oscilan entre 0,5 y 4 cms. de ancho.

Síntomas. — Es en el momento de un esfuerzo, casi siempre durante la práctica de un deporte violento, que el enfermo presenta una sintomatología similar a la descripta en nuestro caso, con más o menos variaciones en su intensidad.

1º *Dolor* que es en extremo variable pero constante. Puede oscilar desde el dolor violento que obliga a la pérdida de estabilidad del enfermo o que lo inmoviliza, o ser tan atenuado que apenas es advertido.

Comúnmente el dolor es fijo a nivel de la espina ilíaca antero superior o sufre irradiaciones a lo largo de la arcada crural (Crawford, Heller, Carp, Padula, etc.) o a la raíz del muslo.

2º *Impotencia funcional* que también es muy variable. En muchas de las observaciones publicadas el dolor es de una agudeza tal que el enfermo pierde el equilibrio y cae. En otros casos el paciente logra mantenerse de pie y llega hasta dar algunos pasos (Cotton, Reverdin, Brandemberg, nuestra observación, etc.). Muy pocos son los lesionados que pueden continuar su actividad (Mayer, Heller, Saar; etc.).

3º *Sensaciones subjetivas.* — Nuestro enfermo nos dice haber tenido la sensación de una rotura a nivel de su espina. Otros tienen la impresión de un latigazo, de una herida punzante.

4º *El examen físico*, limitado a la región fracturada, puede mostrarnos equimosis o tumefacción localizada. La palpación muestra el dolor exquisito sobre la espina ilíaca y a veces permite sentir el fragmento óseo desprendido que es movilizable en sentido lateral y aun comprobar crepitación ósea.

Si se palpan comparativamente ambas espinas ilíacas, se nota que la fracturada termina por un escalón más o menos neto y las medidas de las crestas ilíacas nos enseña una disminución del largo en el lado fracturado.

5º *El examen funcional* nos da, como en nuestro enfermo, una limitación de la flexión del muslo sobre la pelvis; se presenta además la disminución de la abducción y cuando la marcha es

posible, es claudicante: el enfermo camina inclinando el tronco hacia adelante y hacia el lado fracturado.

6° *La radiografía* es concluyente; rotula la lesión siendo juez absoluto en el diagnóstico diferencial con fracturas del hueso ilíaco o con desgarros musculares.

Tratamiento. — Es el tratamiento ortopédico conservador el que lleva la preferencia en este tipo de lesión.

Debemos dividir esta terapéutica conservadora en dos partes:

1. Los que tratan de obtener con maniobras, una reducción del fragmento desprendido, inmovilizando el muslo sobre la pelvis con vendaje algodonado, leucoplasto o yeso.

2. Los que solamente dejan en reposo en cama con el muslo flexionado sobre la pelvis con la ayuda de un plano inclinado (férula de posición o almohada simple).

El mecanismo de fractura y las disposiciones anatómicas de la región nos dicen que existe un medio fácilmente osificable que no nos hará temer una pseudo artrosis molesta y que debemos ser contemplativos frente a todo fracaso de reducción.

El tiempo de inmovilización varía según los autores: mientras Brown inmoviliza en vendaje durante 8 semanas, otros sólo lo hacen durante una semana.

Creemos que el enfermo debe quedar en cama con el muslo semiflexionado de 15 a 20 días para después comenzar la deambulación.

En muy pocos casos se ha hecho la cura operatoria que puede consistir en: 1) Reposición quirúrgica del fragmento fijándolo a la cresta con distintos elementos de síntesis (hilo - metálico - tornillo - tendón de canguro, etc.).

2) Como lo hizo Aquiles de Araújo en su caso, extirpación del fragmento. La incapacidad temporaria varió en estos casos de 3 a 4 semanas.

Debemos terminar diciendo que es una lesión benigna que no deja secuelas, y que termina en la restitución funcional completa. Wagner nos habla, no obstante, de un caso donde quedó como secuela un osteoma.