

Presentado en la sesión del 20 de Noviembre de 1929

Preside el Dr. Garcia Lagos

✓ *Disyunción de la Sínfisis Pubiana*

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor Navarro)

por el Dr. P. LARGHERO IBARZ

La disyunción de la Sínfisis Pubiana pura, sin otras lesiones articulares u ósea de la cintura pelviana, es una lesión rara. Cuando se leen los trabajos sobre esta cuestión se puede constatar que los autores que afirman su frecuencia, citan casos en los cuales esta luxación se acompaña de una o varias luxaciones o fracturas de la pelvis. Es por esta circunstancia que hemos decidido traer a consideración de la Sociedad de Cirugía la observación de un enfermo examinado en nuestra guardia del Servicio de Urgencia y que ingresó luego a la Clínica del Profesor Navarro.

### Observación clínica.

Juan G. 26 años. Jornalero. (Historia Número 4872 del Archivo de la Clínica). Hace dos días jugando al football, cayó sentado en el suelo con los miembros inferiores en abducción forzada. Sintió en ese momento un dolor violento como de desgarradura en la región pubiana, propagado a ambas regiones inguinales. Pudo levantarse y caminar despacio, produciéndole el movimiento de los muslos dolores agudos en el pubis sobre todo del lado izquierdo. Orinó enseguida, sin experimentar ninguna molestia; orinas de color normal.

Guardó cama apesar de lo cual continúan los dolores en cuanto intenta un movimiento (no puede incorporarse estando acostado, debiendo para conseguirlo, apoyarse sobre las manos). No se queja de dolor en ningún otro punto de la pelvis.

### Examen:

Sujeto de musculatura mediana. Tumefacción ligera de la región prepubiana y de la parte interna de la región inguino-abdominal izquierda. Coloración ligeramente equimótica de los tegumentos. Dolor intenso a la palpación de la sínfisis pubiana y sobre el pubis izquierdo. No hay desnivel de los bordes superiores de los pubis, pero el dedo se insinúa más que lo normal entre ellos. No se provoca dolor por la compresión hacia adentro ni hacia afuera de las espinas ilíacas antero superiores.

Movimientos de la pierna y muslo derechos se hacen bien. El miembro inferior izquierdo no puede levantarlo sino con lentitud y al intentar elevarlo espontáneamente estando el derecho levantado sobre el plano de la cama, acusa un dolor agudísimo en la sínfisis pubiana.

La abducción pasiva del muslo izquierdo provoca dolor intenso en la sínfisis y pubis izquierdo.

Tacto rectal: dolor sobre el pubis por la compresión sobre la pared anterior del recto.

Se hace diagnóstico clínico de disyunción de la sínfisis pubiana, con la reserva de una probable fractura parcelaria del pubis izquierdo.

Radiografía: pelvis normal; sólo se parecía una ligera separación interpubiana, que entra dentro de las variaciones individuales del espacio.

Tratamiento: se coloca al enfermo en decúbito y hacemos un vendaje comprensivo con tira emplástica; banda de ocho centímetros de ancho oblicuamente dirigida de arriba a abajo y de detrás a adelante, comprimiendo en su parte media el ala ilíaca en la mayor parte de su extensión. Con este vendaje el enfermo puede caminar aunque con alguna dificultad. Le aconsejamos mantener el vendaje y reposo en cama por treinta días. Volvió a vernos hace una semana muy mejorado.

### Consideraciones

En los grandes traumatismos pelvianos la dislocación de la armazón ósea se produce a expensas de la disyunción de sus sínfisis y de las fracturas variadas de las piezas constitutivas, acompañándose o no de lesiones vicerales. Las primeras pasan a un plano secundario en el cuadro patológico, frente a la importancia de la fractura cuyo tipo y localización presiden la sintomatología y dictan la conducta terapéutica.

En otros casos la conmoción del esqueleto pelviano lleva al máximo la movilización de las piezas óseas al nivel de las sínfisis que ceden y se dislocan, permitiendo a aquellas en parte por este movimiento al que acompañan a menudo fracturas parcelarias yuxta-articulares y también por su propia elasticidad, escapar a la fractura. Es el caso de las disyunciones pelvianas múltiples.

Finalmente, hay casos que son los más raros en que el traumatismo actuando generalmente de manera indirecta, produce una separación del arco ilio-pubiano; el movimiento de pequeño arco, puede producirse dentro de los límites que normalmente permite el deslizamiento sacro-ilíaco, pero determina al nivel de la sínfisis pubiana una solución de continuidad que generalmente se produce por arrancamiento del fibro-cartílago pubiano de uno de los huesos.

La naturaleza del traumatismo, las condiciones especiales de su producción y su intensidad que debe ser suficiente para producir la disyunción pubiana sin ir más allá hacen que esta lesión no sea vista con frecuencia en la clínica.

En la práctica obstétrica se observa más a menudo por la acción diastásica de la cabeza fetal.

En el Tratado de Fracturas y Luxaciones de Malgaigne (Año 1855) se

encuentran citadas las primeras cuatro observaciones de luxación de la sínfisis pubiana: sin embargo no parecen tratarse de disyunciones puras, sino en el caso de Tenon. En las otras observaciones la violencia del traumatismo y la enorme separación de los pubis (en un caso, de cuatro traveses de pulgar) no dejan lugar a duda sobre la existencia de lesiones de la sínfisis sacro-iliaca, apesar de que ellas no hayan sido buscadas.

En 1844, Astley Cooper, citado Hamilton (Fracturas y Luxaciones, página 422) publicó un caso con separación de dos traveses de dedo y ruptura vesical.

Se encuentran luego observaciones aisladas; en 1907 Dublet (Tesis de Montpellier) cita diez y seis casos. En 1915 y 1916 Chaput y Tanton llevan nuevos casos a la Sociedad de Cirugía de París; encontramos nuevamente observaciones aisladas en el año 1927 y 1928 resumidas en conjunto en la comunicación de Maissonet en Enero de 1929 a la Sociedad de Cirugía de París, que recoge las noventa observaciones publicadas en Francia, pero de las cuales es necesario desligar las disyunciones tri-sinfisarias o dislocaciones pelvianas, quedando reducidas a treinta y tres el número de disyunciones pubianas puras a las que el autor llama luxaciones, del coxal y en alguna de las cuales a la disyunción pubiana se agregan las lesiones sacro-iliacas.

El mecanismo de producción es variable; se han observado casos por contusión directa pelviana pero la contusión es casi siempre tan violenta que a la disyunción pubiana se asocian otras lesiones óseas o articulares y entonces ya salen de la categoría de nuestro caso.

En la mayoría de las observaciones de disyunción pubiana pura es la abducción de los muslos, limitada pero violenta o llevada a los límites extremos que lo permiten la resistencia o la integridad músculo-ligamentosa, la causa determinante de la lesión. Es clásico el caso del jinete que levantado bruscamente de la silla vuelve a caer sobre ella; los músculos del muslo en contractura, la montura actúa como una verdadera cuña sobre la cara interna de los muslos, que rígidos como están transmiten la violencia al esqueleto pelviano que cede en la sínfisis. El mismo traumatismo puede actuar sobre los isquiones y ramas isquio-pubianas, separándolas y determinando la disyunción.

También es conocido el mecanismo de abducción violenta y sucesiva de ambos muslos del jinete por desplazamiento brusco del caballo a derecha e izquierda.

Se cita también las violencias actuando de abajo a arriba sobre el isquión de un lado y luxando hacia arriba y atrás una mitad de la pelvis.

En nuestro caso la abducción forzada se produjo por caída con las piernas separadas y dirigidas hacia los lados, llegando a tocar la región glútea el suelo.

En esta circunstancia el movimiento actúa sobre el pubis por inter-

medio del grupo muscular constituido por el recto interno, mediano adductor y fibras bajas del gran adductor, primero; luego pequeño adductor y fibras altas del gran adductor y finalmente y sobre todo por el complejo músculo-ligamentoso interno de la articulación coxo-femoral (músculo pectíneo y obturador externo y ligamento pubo-femoral) que insertados en una zona limitada en la extremidad superior del fémur, se extienden en **abánico** sobre el cuerpo del pubis, rama horizontal, cresta pectínea y rama **isquio-pubiana**.

La separación en nuestro enfermo se ha hecho al nivel de la superficie articular del pubis izquierdo, como lo indicaba la localización allí del máximo de dolor. La disyunción pubiana ha sido poco marcada y de reducción fácil con ausencia completa de lesión sobre la articulación sacro-ilíaca.

El tratamiento se limitó al reposo en decúbito dorsal y a un vendaje compresivo con tira emplástica que hacía una reducción y contención perfectas con la cual el enfermo ha curado. No hemos pensado en la indicación de una intervención cruenta que sólo nos parece justificada en los casos de gran separación, sobre todo cuando se acompaña de lesiones véscico-uretrales; en estas circunstancias la ósteosíntesis o la sutura periotio-ligamentosa han dado también buenos resultados. A ellas puede recurrirse, sin otra desventaja que la pérdida de algunos días cuando el tratamiento que hemos hecho no dá resultados funcionales perfectos.