



CASO CLÍNICO

Fractura en silla de montar inveterada en paciente sin traumatismo previo

M.D. García-Manzanares^{a,b,*}, R. González^a, M. Sunyer^a y D. Jiménez^{a,b}

^a Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitario San Juan, Alicante, España

^b Departamento de Patología y Cirugía, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

PALABRAS CLAVE

Fractura por insuficiencia de pelvis;
Fractura en silla de montar;
Osteoporosis;
Lumbalgia;
Coxalgia

KEYWORDS

Insufficiency fracture of the pelvis;
Pelvic ring fracture;
Osteoporosis;
Low back pain;
Hip pain

Resumen La osteoporosis es una enfermedad silenciosa, que debuta en muchas ocasiones con fracturas que se localizan sobre todo en columna vertebral.

Se ha considerado interesante publicar este caso no solo por su excepcionalidad, sino también para resaltar que se debe considerar la fractura por insuficiencia ósea de pelvis en el diagnóstico diferencial de la lumbalgia y coxalgia, que con tanta frecuencia vemos en las consultas de Rehabilitación.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

Inveterate pelvic ring fracture in patient without prior trauma

Abstract Osteoporosis is a silent disease, which often initiates with fractures located mainly in the spine.

It has been considered to be of interest to publish this clinical case not only because it is exceptional, but also to consider the insufficiency fracture of the pelvis in the differential diagnosis of the low back and hip pain. This is a very common pathology in the Rehabilitation clinic.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SERMEF. All rights reserved.

Introducción

La osteoporosis es una enfermedad silenciosa, que debuta en muchas ocasiones con fracturas que se localizan sobre todo en columna vertebral.

El caso clínico presentado puede considerarse excepcional, pues no se ha encontrado, en las bases de datos consultadas (PubMed, Embase, PEDro y The Cochrane

Library), ningún otro caso de fractura por insuficiencia de pelvis como primera manifestación de una osteoporosis, en paciente sin antecedentes de enfermedad reumatólogica, ni traumatismo previo. Se utilizaron como términos de búsqueda: osteoporosis, fractura de pelvis sin traumatismo previo y fractura de pelvis por insuficiencia ósea.

Caso clínico

Se describe el caso de una paciente de 66 años, de profesión secretaria (jubilada), que acude a la consulta de Rehabilitación, remitida por Neurocirugía, y después de haber visitado

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(M.D. García-Manzanares\).](mailto:mardealacant@gmail.com)

a varios especialistas en aparato locomotor (traumatólogo, reumatólogo), Unidad del dolor y Ginecología.

Aportaba informe de resonancia magnética nuclear de columna lumbar: discopatía degenerativa multinivel. Gran extrusión discal L1-L2 con migración superior que deforma el saco dural. Extrusión discal foraminal izquierda L3-L4 que desplaza la raíz. Protrusiones discales a nivel L4-S1.

La paciente refería dolor de características mecánicas, irradiado desde zona lumbar a ingles y ambos miembros inferiores, sin antecedente traumático, de un año de evolución, que se iniciaba con la bipedestación y la marcha de cortas distancias. El dolor desaparecía en reposo y era rebelde al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y opioides mayores. También había recibido una infiltración facetaria en L4-L5 y L5-S1, sin alivio.

Entre los antecedentes personales de interés destacan: hace 7 años presentó una mastectomía izquierda, que no precisó tratamiento adyuvante, y hasta la fecha libre de enfermedad. Osteopenia en tratamiento con bifosfonato mensual, desde hacía 6 meses.

A la exploración física se apreciaba obesidad moderada (índice de masa corporal: 29,3), aumento de la cifosis dorsal, no mostraba dolor a la palpación ni a la movilidad del raquis dorsolumbar, pero sí a la presión en espinas ilíacas anterosuperiores. La movilidad de caderas estaba conservada, pero era dolorosa a las rotaciones. Exploración neurológica de miembros inferiores normal, con signos de Lasegue y Bragard negativos.

Exploraciones complementarias

Índice de Frax (herramienta desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para evaluar el riesgo de fractura de cadera y de las fracturas osteoporóticas más importantes a los 10 años): 16,5% de riesgo de fractura de cadera (puntuación global: 5).

Radiografía de pelvis (fig. 1): fracturas de ramas isquiopúbicas con callos de fractura. Fracturas de ramas ilio-púbicas, con marcada diástasis de los fragmentos. Trazos de fractura en ambos huesos ilíacos de distribución bilateral y prácticamente simétrica, con marcada esclerosis de su vertiente inferior y medial. Los hallazgos radiológicos en conjunto sugieren fracturas por insuficiencia de todas las ramas púbicas, con fracturas posteriores en ilíacos de apariencia crónica.

Tomografía computarizada de pelvis (fig. 2): fractura vertical de ambas ramas ilio e isquiopúbicas sin signos de consolidación ósea, en relación con fractura en silla de montar, inestables. Asimismo se observan trazos de fractura oblícuos en ambas palas ilíacas con trazos que se dirigen hacia la articulación sacroilíaca. Aunque con formación de callo perióstico, persiste la visualización de los trazos de fractura, y esclerosis de extremos óseos sugestivos de pseudoartrosis/retraso la consolidación.

Gammagrafía ósea de pelvis y cuerpo entero: lesiones óseas bilaterales y simétricas en anillo pélvico, de perfil gammagráfico mecánico-metabólico, sin evidencia de metástasis óseas a distancia.

Densitometría mineral ósea: raquis lumbar: osteopenia (T: -2,3; Z: -0,5); cadera: osteopenia (T: -1,7; Z: -0,3).



Figura 1 Radiografía de pelvis: fracturas de ramas isquiopúbicas con callos de fractura. Fracturas de ramas ilio-púbicas, con marcada diástasis de los fragmentos. Trazos de fractura en ambos huesos ilíacos de distribución bilateral y prácticamente simétrica, con marcada esclerosis de su vertiente inferior y medial. Los hallazgos radiológicos en conjunto sugieren fracturas por insuficiencia de todas las ramas púbicas, con fracturas posteriores en ilíacos, de apariencia crónica.

Analítica de sangre y orina de 24 horas: normal. Proteinograma, función tiroidea y cortisol dentro de valores normales.

Discusión

Las fracturas de pelvis normalmente se producen por un traumatismo de gran energía en personas jóvenes, y por un traumatismo de baja energía en personas ancianas¹.

Tile describió un sistema de clasificación basado en la estabilidad de la fractura, que es la base del tratamiento ortopédico²: *Tipo A*: fracturas estables rotacional y verticalmente. *Tipo B*: fracturas rotacionalmente inestables y verticalmente estables. *Tipo C*: fracturas inestables rotacional y verticalmente. Los tipos A y B normalmente se tratan de forma conservadora y el tipo C suele requerir tratamiento quirúrgico^{3,4}.

El caso presentado corresponde a una fractura tipo B. Consultado con el servicio de Traumatología y dado el tiempo de evolución, se decidió tratamiento conservador con PTH subcutánea durante 24 meses, marcha en descarga con dos bastones y tratamiento hidrocinesiterápico, consiguiendo una consolidación aceptable y una reducción del dolor.

Las fracturas de estrés ocurren como resultado de cargas repetitivas y la osteoporosis es el factor predisponente más comúnmente encontrado.

Las fracturas del anillo pélvico, especialmente del sacro y de los huesos metatarsianos, son las fracturas de estrés más frecuentemente encontradas en pacientes con afección reumatólogica (artritis reumatoide, polimialgia reumática, etc.)⁵.



Figura 2 Tomografía computarizada de pelvis: fractura vertical de ambas ramas ilio e isquiopúbicas sin signos de consolidación ósea, en relación con fractura en silla de montar, inestables. Asimismo se observan trazos de fractura oblícuos en ambas palas ilíacas con trazos que se dirigen hacia la articulación sacroilíaca. Aunque con formación de callo perióstico, persiste la visualización de los trazos de fractura, y esclerosis de extremos óseos sugestivos de pseudoartrosis/retraso la consolidación.

En una revisión realizada por Peris⁵, de fracturas de estrés en pacientes reumatólogicos, al 83% se les diagnosticó osteoporosis por densitometría, al 17% restante se les diagnosticó osteopenia por densitometría. La mayoría de los pacientes de su serie fueron remitidos para la evaluación de síndromes dolorosos agudos y crónicos, y ninguno por diagnóstico de fractura de estrés. Como en nuestro caso, el diagnóstico de osteoporosis fue confirmado después del diagnóstico de la fractura. Sin embargo, a diferencia de la revisión realizada por Peris, en la que ninguno de sus pacientes presentó complicaciones de pseudoartrosis de las fracturas de estrés; nuestra paciente sí presentó una falta de consolidación de las fracturas, probablemente relacionada con el retraso tan prolongado en el tiempo de diagnóstico, y la ausencia de una adecuada inmovilización.

Las mujeres postmenopáusicas con osteopenia constituyen una población de riesgo para padecer fracturas por insuficiencia ósea. Otros factores de riesgo son la artritis reumatoide, el tratamiento prolongado con corticosteroides, la enfermedad de Paget, la osteogénesis imperfecta, la osteopetrosis, la radioterapia y las enfermedades metabólicas óseas como la osteomalacia y el hiperparatiroidismo⁶. Las localizaciones más frecuentes de las fracturas por insuficiencia son el cuello femoral y la tibia⁵. Otras localizaciones también habituales son el anillo pélvico y el peroné. Las fracturas en metatarsianos, cíbito, radio y retropié son más frecuentes en pacientes que padecen artritis reumatoide⁵.

La clínica de las fracturas por insuficiencia ósea localizadas en el anillo pélvico consiste generalmente en un

dolor intenso, de aparición aguda, localizado en la parte baja de la espalda, en la región glútea o en la ingle. Solo en ocasiones existe un antecedente de traumatismo leve. La identificación de factores de riesgo de sufrir fractura de estrés, pueden ayudar a los clínicos a sospechar este tipo de fracturas⁶.

La tomografía computarizada se considera la prueba diagnóstica de elección, porque permite definir los detalles de la fractura. Tiene también valor diagnóstico de exclusión de afección tumoral u osteomielitis¹.

Bibliografía

1. Galbraith J, Butler JS, Blake SP, Kelleher G. Sacral insufficiency fractures: an easily overlooked cause of back pain in the ED. Am J Emerg Med. 2011;29:359e5–6.
2. Tile M. Pelvic ring fractures: should they be fixed. J Bone Joint Surg Br. 1988;70:1.
3. Papakostidis C, Kanakaris NK, Kontakis G, Giannoudis PV. Pelvic ring disruptions: treatment modalities and analysis of outcomes. Int Orthop. 2009;33:329–38.
4. Mayr E, Braun W, Rüter A. Is there a classification of pelvic ring injuries, which takes the trauma mechanism, morphology and stability relations into consideration and thereby gives references for subsequent therapy. Zentralbl Chir. 1994;119: 597–607.
5. Peris P. Stress fractures in rheumatological practice: clinical significance and localizations. Rheumatol Int. 2002;22:77–9.
6. Green AD, Colon-Emeric CS, Bastian L, Drake MT, Lyles KW. Does this woman have osteoporosis? JAMA. 2004;292:2890–900.