



<http://www.elsevier.es/semergen>

452/101 - ALGO MÁS QUE UNA CONTUSIÓN EN SACRO

C. Ortigosa Bea¹, J. Sánchez Melús², B. Pérez Ginés¹, A. Novella Mena¹, M. Remacha Arrue³, C. Olvera Tenezaca⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza.²Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza.³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza.⁴ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Ernest Lluch. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 77 años, sin alergias conocidas, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hiperuricemia, enfermedad renal crónica, bocio multinodular y flutter auricular. En tratamiento con Sintrom 4 mg, zomarist 50/850 mg, omeprazol 20 mg, bisoprolol 5 mg, digoxina 0,25 mg, seguril 40 mg, alopurinol 300 mg, tirodri 5 mg. Acude a consulta por presentar desde hace 24 horas disuria y dificultad para defecar. Refiere relación de la clínica con contusión en columna lumbosacra hace 3 días, tras caída casual desde su propia altura de nalgas. Presenta dolor mecánico lumbar sin impotencia funcional ni parestesias. Afebril. Escaso volumen miccional en las últimas 24 horas. No presenta dolor abdominal ni sensación nauseosa, refiere deposición sin productos patológicos con dificultad para evacuación.

Exploración y pruebas complementarias: T 36,2 °C, TA 107/58, FC 78 lpm. Regular estado general, sudoroso, normohidratado, normocoloreado. Glasgow 15. A su llegada, auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen doloroso en hipogastrio, palpándose globo vesical, sin signos de irritación peritoneal. Presentaba dolor a la palpación de sacro distal, no objetivando ni hematoma ni equimosis ni signos inflamatorios a dicho nivel. Limitación para la flexo-extensión de extremidades inferiores por dolor. Fuerza y sensibilidad conservada con pulsos distales simétricos bilaterales. Tono esfinteriano conservado, ausencia de heces en ampolla rectal ni restos hemáticos. Dado el empeoramiento clínico del paciente en las últimas 24 horas, se deriva a servicio hospitalario donde realizan analítica y radiografía de columna lumbar, objetivándose una fractura distal de sacro con analítica y orina anodina (creatinina 1,37 mg/dL, Hb 12,3 g/dL, Hto 35,7%, leucocitos 11.260, neutrófilos 85,2%. plaquetas 168.000. INR 4,8). Tras hallazgo de radiografía y siendo un paciente anticoagulado, se decide realización de TAC pélvico para filiar patología. Se objetiva fractura distal de sacro con importante desplazamiento y hematoma presacro asociado de al menos 12 × 8 × 7 cm que comprime y desplaza anteriormente las estructuras rectovesicales.

Juicio clínico: Fractura de sacro distal desplazada.

Diagnóstico diferencial: Contusión sacra. Fractura sacra. Fractura vértebra lumbar.

Comentario final: Tras la visualización de las imágenes, se decide sondaje vesical (700 ml), administración de vitamina K y se ingresa al paciente a cargo de traumatología para control evolutivo. Dos días después de ingreso, paciente se anemizó (Hb 7,3 g/dL), siendo necesaria trasfusión sanguínea. El gran tamaño del hematoma presacro, aunque en remisión (en último TAC de control medida 10 × 6 cm) impidió la retirada de la sonda vesical al alta. Se llevó a cabo un manejo conservador de la fractura, y hará controles periódicos en las consultas de traumatología.

Bibliografía

Alves JL, Duarte N, Rocha A, et al. Complex sacral fracture. BMJ Case Rep. 2013;3:2013.

Schroeder GD, Kurd MF, Kepler CK, et al. The Development of a Universally Accepted Sacral Fracture Classification: A Survey of AO Spine and AO Trauma Members. Global Spine J. 2016;6(7):686-94.

Palabras clave: Fractura. Sacro. Hematoma. Sintrom.