



SITUACIÓN CLÍNICA

Fractura bilateral de pelvis por estrés

S.M. Palenzuela Paniagua^{a,*}, J. Maldonado Alconada^b y R.J. Pérez Galán^a

^a *Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Ceuta, Centro de salud de Otero, Ceuta, España*

^b *Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Ceuta, Centro de salud de Tarajal, Ceuta, España*

Recibido el 16 de agosto de 2010; aceptado el 19 de octubre de 2011

Disponible en Internet el 22 de mayo de 2012

PALABRAS CLAVE

Fractura por estrés;
Pelvis;
Bilateral

KEYWORDS

Stress fracture;
Pelvis;
Bilateral

Resumen Se define como fractura por estrés aquella que aparece en un hueso de resistencia elástica normal como consecuencia de traumatismos repetidos de baja intensidad. Originalmente estas fueron descritas en los metatarsianos de los soldados, posteriormente en atletas y actualmente debemos considerarlas también en la población general sometida a un estrés excesivo. Estadísticamente las mujeres son más proclives a sufrirlas (sobre todo en la menopausia) y las localizaciones más frecuentes son los metatarsianos, la tibia y el peroné.

El interés del caso radica en la orientación diagnóstica por una doble presentación en una mujer sin factores de riesgo ni aumento de la actividad física y en una localización menos frecuente como es la pelvis. Una anamnesis detallada, así como una exploración compatible son la base para el diagnóstico de dicha entidad.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Bilateral pelvic stress fracture

Abstract A stress fracture is defined as that which occurs as a consequence of many low intensity traumas. These were originally described in the metatarsals of soldiers, and later on in athletes, and now we should consider them in general population subjected to excessive stress. Statistically, it generally occurs in women and in weight-bearing bones, such as the tibia, fibula and metatarsals.

This case is of interest due to the diagnosis a double fracture in a woman without risk factors or increase in physical activity, and in an unusual location such as the pelvis. A detailed clinical history and examination are essential for the diagnosis.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Las fracturas óseas son una patología relativamente frecuente en las consultas de atención primaria pero

habitualmente encontramos un antecedente traumático que es objetivado a través de la anamnesis. En ocasiones, este mecanismo lesional no es evidente y debemos pensar en una fractura por estrés¹.

Se presenta el caso clínico de una señora de 48 años sin antecedentes clínicos de interés. No menopáusica. No toma fármacos ni drogas de forma habitual. No realiza actividad

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sarapalen@hotmail.com
(S.M. Palenzuela Paniagua).

física. Es peluquera de profesión por lo que pasa muchas horas en bipedestación. La peluquería consta de dos salas separadas por 3 escalones que sube y baja repetidamente mientras trabaja.

Acude a la consulta caminando con dolor que comienza de forma gradual en la región inguinal izquierda irradiado por la cara anterior del muslo hasta la rodilla. Se acompaña de impotencia funcional para la deambulaci3n y la flexi3n con rotaci3n externa de la articulaci3n coxofemoral. Al historiarla no recuerda ning3n traumatismo previo excepto que haba estado m3s horas de lo habitual en su trabajo (peluquería). En la exploraci3n la movilidad de la articulaci3n coxofemoral era pr3cticamente normal, con dolor únicamente a la rotaci3n interna y externa máximas, a la flexi3n activa y contra-resistencia. Se trat3 con reposo relativo y analgesia sospechando una tendinitis inguinal izquierda. Ante la falta de mejoría con el tratamiento instaurado se solicita una radiografía en la que se aprecia lnea de fractura en fase de consolidaci3n de las ramas ilio e isquiopubiana izquierda sin desplazamiento que fue tratada de manera conservadora con reposo, analgesia y sesiones de acupuntura semanales (fig. 1).

Despu3s de 3 meses de iniciado el tratamiento percibe una mejoría notable que se objetiva en la marcha, la exploraci3n y la imagen radiol3gica por lo que se plantea la posibilidad de volver a trabajar. Sin embargo, comienza de forma progresiva con dolor inguinal derecho irradiado a cara anterior del muslo que le provoca cojera. Aunque en un principio se sospecha que pueda deberse a una tendinitis por sobrecarga, se solicita una nueva radiografía donde se aprecia una nueva fractura contralateral de las ramas ilio e isquiopubiana. Las típicas fracturas pélvicas suelen diagnosticarse tras un traumatismo de gran intensidad (accidente de coche/caída en altura); ante la falta de un mecanismo traumático que pudiera justificar ambas lesiones se realiza interconsulta al servicio de traumatología para el estudio de una posible fractura patológica. Esta posibilidad se descarta tras la realizaci3n de analítica sanguínea con marcadores tumorales y marcadores de reabsorci3n ósea, densitometría ósea, tomografía axial computarizada y gammagrafía ósea. Todas las pruebas fueron normales por lo que se diagnosticó



Figura 1 Radiografía en la que se aprecia lnea de fractura en fase de consolidaci3n de las ramas ilio e isquiopubiana izquierda sin desplazamiento.



Figura 2 Radiografía donde se aprecia una nueva fractura contralateral de las ramas ilio e isquiopubiana.

como fractura bilateral de pelvis por estrés y se postuló la bipedestaci3n prolongada junto el continuo subir/bajar escalones como mecanismo lesional (fig. 2).

Las fracturas de estrés son una entidad relativamente frecuente y, aunque lo más común es encontrarlas en militares y atletas, debemos tenerlas presentes en todo individuo que desarrolle una actividad física importante¹. En condiciones normales una actividad repetitiva a baja intensidad parece actuar como estímulo para la remodelaci3n ósea; la integridad del hueso se mantiene por un equilibrio entre la acumulaci3n de daños por fatiga y la actividad de remodelaci3n. Sin embargo, un nivel alto de estrés en el hueso puede dar lugar a un daño por sobrecarga². Sus localizaciones más comunes son la tibia, el peroné y los metatarsianos^{1,3} aunque pueden aparecer en estructuras ósea superiores incluido fémur, pelvis y columna^{4,5}. Las fracturas de estrés de la pelvis representan una patología que a menudo no se llegan a diagnosticar. Los síntomas suelen ser crónicos y difusos, con dolor que, en una primera fase, se alivia con el reposo y empeora con la actividad. El diagnóstico se basa en una historia clínica y exploraci3n compatible apoyado por una prueba de imagen. La sensibilidad inicial de la radiografía simple es del 15% y se incrementa de forma proporcional al tiempo desde el inicio de la lesi3n inicial⁶. Motivo por el cual estas fracturas se infradiagnostican. La resonancia nuclear magnética es altamente sensible y específica. La tomografía axial computarizada y la gammagrafía permiten el diagnóstico diferencial con osteomielitis, osteomas e infartos óseos⁷. Respecto al tratamiento, la mayoría solo requieren un periodo de descanso de la zona afectada de 4 a 8 semanas con retorno gradual a su actividad^{8,9}.

La no existencia de un mecanismo traumático claro aadido al hecho de que todas las pruebas realizadas para descartar una fractura patológica fueron negativas nos deben de hacer pensar en que la sobrecarga para un hueso sano puede ser diferente de un paciente a otro, así lo que para un paciente con una vida activa el estar más de 13 horas de pie o subir/bajar escalones no conlleva ninguna patología en otros sí.

En conclusi3n, destacamos la importancia de tener en cuenta que las fracturas por estrés pueden aparecer

en cualquier paciente sometido a una sobrecarga mecánica repetitiva y no solo en corredores o militares y, en localizaciones diferentes al los huesos del pie.

Bibliografía

1. Ferrández Portal L, Gómez-Castresana Bachiller F, Ramos Pascua LR. Fractura por estrés del miembro inferior. En: Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Actualizaciones en Cirugía ortopédica y traumatología. Barcelona: Elsevier-Masson; 2002, 145–56.
2. Rome K, Handoll HHG, Ashford R. Intervenciones para la prevención y el tratamiento de las fracturas por estrés y reacciones de los huesos por estrés de miembros inferiores en adultos jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca CochranePlus. Oxford: Update Software Ltd; 2008 [consultado 25 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.update-software.com>
3. Peris P. Stress fractures in rheumatological practice: clinical significance and localizations. *Rheumatol Int.* 2003;22:77–9.
4. Serra Tarragón J, Hernández Martínez MT. Fractura de calcáneo por estrés: a propósito de una talalgia. *FMC.* 2010;17:336–45.
5. Lópiz Morales Y, Pérez Úbeda MJ, López-Durán Stern L. Fractura de estrés en región supracondílea de fémur. *Rev Ortop Traumatol.* 2006;50:386–9.
6. Roebuck JD, Finger DR, Irvin TL. Evaluation of suspected stress fractures. *Orthopedics.* 2001;24:771–3.
7. Riba Torrecillas D, Sarroca Pallé G, Soler-González J. Fracturas de estrés FMC. *Form Med Contin Aten Prim.* 2004;11:425.
8. Perron AD, Brady WJ, Keats TTA. Management of common stress fractures. *Postgrad Med.* 2002;111:95–106.
9. Battaglia M, Guaraldi F, Vannini F, Vanel D, Giannini S. Unusual supero-medial iliac fatigue stress fracture. *Skeletal Radiol.* 2011;7:1–4.