

DISOCIACIÓN ESPINOPÉLVICA, REVISIÓN DE NUEVE CASOS

Requena Ruiz FM, Arjona Giménez C, Simón Sánchez FJ.
Hospital Virgen de las Nieves (Granada).

INTRODUCCIÓN

Las disociaciones espinopélvicas (DEP) son lesiones complejas y poco frecuentes que suelen asociarse a traumatismos de alta energía (precipitados, accidentes de parapente...) Estas lesiones se caracterizan por existir una separación anatómica entre el esqueleto axial y la pelvis. En el diagnóstico es fundamental la realización de TC. Desde el punto de vista radiológico las DEP pueden presentarse como fracturas sacras en U,H,II,T o Y. Estas lesiones conllevan una morbi-mortalidad elevada incluyendo lesiones concomitantes de politraumatizados, lesiones neurológicas o vasculares. El tratamiento inicial consiste en la fijación externa de la pelvis, asociada o no a tracción transesquelética, y el tratamiento definitivo consiste la descompresión neurológica de los niveles afectados más fijación espinopélvica y debe realizarse en las primeras 48-72h.

OBJETIVOS

Realizar una revisión de los casos presentados en nuestro servicio entre los años 2014-2018, analizando el tratamiento efectuado y las secuelas producidas por este tipo de lesiones.

MATERIAL Y METODOLOGÍA


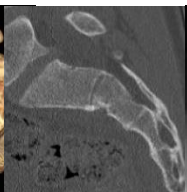
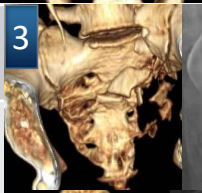

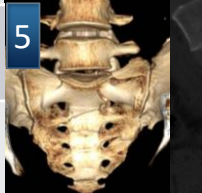
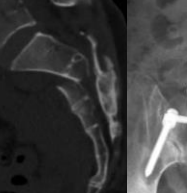



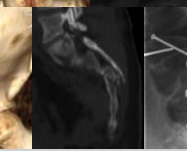
En nuestro hospital desde 2014 a 2018 se han presentado nueve casos de DEP, todos ellos fueron tratados inicialmente mediante fijación externa provisional hasta la cirugía definitiva. Uno de ellos fallece en los primeros días por lesiones concomitantes y en otro se desestima la cirugía dada la patología de base del paciente. El resto de los pacientes se le realizó una laminectomía descompresiva más fijación espinopélvica.

CONCLUSIONES

Las DEP son un tipo de lesiones muy graves, con una morbi-mortalidad muy elevada y con grandes secuelas. En el pronóstico funcional del paciente es fundamental el momento en el que se realiza el tratamiento definitivo (ideal entre las primera 48-72h) así como de la estabilidad del montaje que se realiza.

RESULTADO

En la siguiente tabla se muestran el tratamiento realizado, así como las secuelas producidas por la lesión:

	LESIÓN	SECUELAS	Imágenes diagnósticas y post-quirúrgicas.			
1	Fractura en U de Sacro. DEP.	Molestias MOS: Retirada.	1			2
2	Fractura en U de sacro conminuta. DEP	No operado. T. Personalidad.				
3	Fractura de pelvis C3. DEP.	Lesión L5 Iz. Úlceras sacras.	3			4
4	Fractura de pelvis tipo C con DEP.	Paresia bilateral MMII.				
5	Fractura de sacro en U con DEP.	Parestesias genitales.	5			6
6	Fractura en H de sacro. DEP.	Incontinencia fecal. Úlceras por presión.MOS*.				
7	Fractura en U de Sacro. DEP. Fx T12.	Lumbociatalgia bilateral.	7			8
8	Fractura de sacro en H con DEP.	Éxito.				
9	Fractura de sacro en Y con DEP.	Sin significación.	9			
*Material de osteosíntesis			Bibliografía: Surgical management of U/H type sacral fractures: outcomes following iliosacral and lumbopelvic fixation.Kelly M, Zhang J, Humphrey CA			