

Avulsiones Traumáticas de la Pelvis y del Extremo Proximal del Fémur

Dres. **IGNACIO PROUBASTA RENART**, Médico Adjunto de Cirugía Ortopédica y Traumatología. **CARLOS ARDILA CUERVO**, Residente Becario de la U. Javeriana (Bogotá) en este Servicio. **FELIPE DELGADO LOPEZ** y **PABLO PERAFAN CAMPO**, Residentes Becarios de la U. del Cauca (Popayán) en este Servicio. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital de la Santa Cruz y San Pablo Av. San Antonio Ma. Claret 167. Barcelona 08025 (España)

RESUMEN

Se presentan tres casos de avulsiones traumáticas apofisarias, localizadas a nivel de la pelvis y del extremo proximal del fémur. Dichas lesiones constituyen una patología poco común. Suelen pasar desapercibidas en un primer examen y no es infrecuente que su estudio radiográfico plantee problemas de diagnóstico diferencial, pues las imágenes observadas se interpretan como exostosis, miositis osificante e incluso tumores óseos.

Es por ello que, deseando contribuir al esclarecimiento y precisión de esta particular patología, los autores hacen una revisión de la bibliografía existente haciendo una especial mención sobre su estudio radiográfico.

PALABRAS CLAVES: apofisiolisis, avulsiones traumáticas, pelvis, fémur, cadera.

INTRODUCCION

Las fracturas por avulsión de las diferentes apófisis que se localizan a nivel de la pelvis y del extremo proximal del fémur, constituyen un tipo de patología poco común, puesto que la mayoría de trabajos publicados se refieren a casos aislados^{1, 2}.

En general, los pacientes son vistos tardíamente ya que estas lesiones suelen acompañarse de una inespecífica y/o escasa sintomatología. Por ello, no es raro que las imágenes radiográficas observadas cierto tiempo después del traumatismo, sean interpretadas como exostosis, miositis osificante e incluso como lesiones tumorales óseas^{3, 4, 5}, lo que

comporta exploraciones y procedimientos quirúrgicos complementarios no exentos de complicaciones.

El propósito de este trabajo, es ofrecer una visión global sobre estos traumatismos, especialmente en lo que se refiere a la radiología inicial.

CASOS CLINICOS

Caso Nº 1

Niña de 16 años de edad que bailando en una discoteca sufre un resbalón con caída al suelo, solicitando su cadera izquierda en flexión máxima, estando la rodilla en extensión. En el momento del ingreso al

servicio de urgencias presentaba dolor isquiático en el lado correspondiente, tanto a la palpación como a la flexión de la cadera y de la rodilla contra resistencia.

No presentaba alteración neurovascular.

Al examen radiográfico se evidenció una avulsión de la apófisis del isquión izquierdo con gran desplazamiento (Figura 1 A y B). Dada la rareza de la

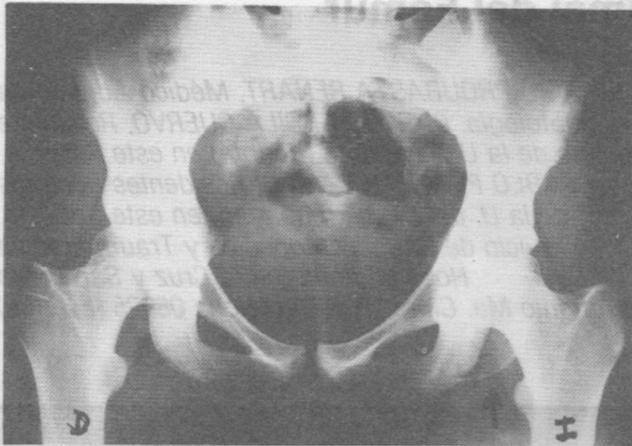


Figura 1. Avulsión traumática del isquión izquierdo. A) Proyección AP. B) Proyección axial.

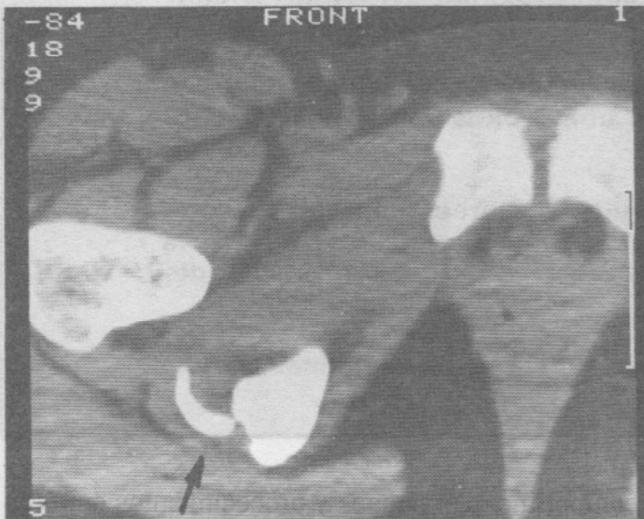


Figura 2. Tomografía axial computarizada (T.A.C.), a nivel del extremo distal de la pelvis. Obsérvese la avulsión de la apófisis del isquión (flecha).

Caso N° 2

Paciente varón de 14 años de edad que acudió al servicio de urgencias por dolor e impotencia funcional ligera en cadera derecha, tras disputar un partido de fútbol. El paciente refería, que al querer patear el balón notó dolor a nivel inguinal derecho. La exploración física reveló una movilidad articular libre de la cadera, pero dolorosa a la flexión resistida. Así

lesión, se practicó T.A.C., que mostró perfectamente el grado y la severidad de la lesión (Figura 2). El tratamiento que se llevó a cabo consistió en reposo en cama durante tres semanas y medicación analgésica-antiinflamatoria. Finalizando dicho período la paciente volvió a su actividad normal, estando en la actualidad (a los tres años de la lesión), totalmente asintomática. La exploración radiográfica al cabo de tres semanas mostraba la completa reposición del fragmento desprendido (Figura 3).

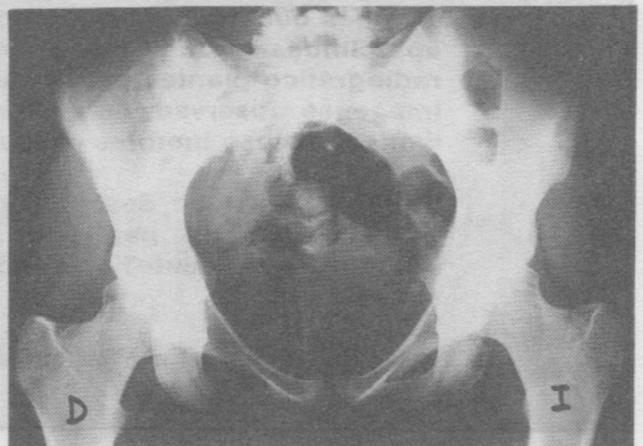


Figura 3. Imagen radiográfica de la pelvis a las tres semanas del traumatismo. Obsérvese la completa reposición de la apófisis isquiática.

mismo, presentaba dolor a la palpación sobre la espina ilíaca antero-inferior. El estudio radiográfico mostró una avulsión de dicha apófisis, perfectamente objetivable en la proyección axial; la comparación con el lado contralateral aseguró el diagnóstico (Figura 4A y B).

El paciente se envió a su domicilio para seguir tratamiento conservador, consistente en reposo en cama por tres semanas y medicación analgésica.

Al año de la lesión el paciente se encuentra anisotómico y el estudio radiográfico muestra la completa reposición y consolidación del fragmento desprendido.

Caso Nº 3

Paciente varón de 16 años de edad de constitución atlética, que acude al servicio de urgencias por dolor e impotencia funcional a nivel de la cadera derecha. El dolor se presentó de forma súbita en región inguinal al intentar coger un objeto, pasando en forma brusca de la sedestación a la bipedestación.

La exploración física reveló movilidad pasiva completa, pero dolorosa a la flexión contra resisten-

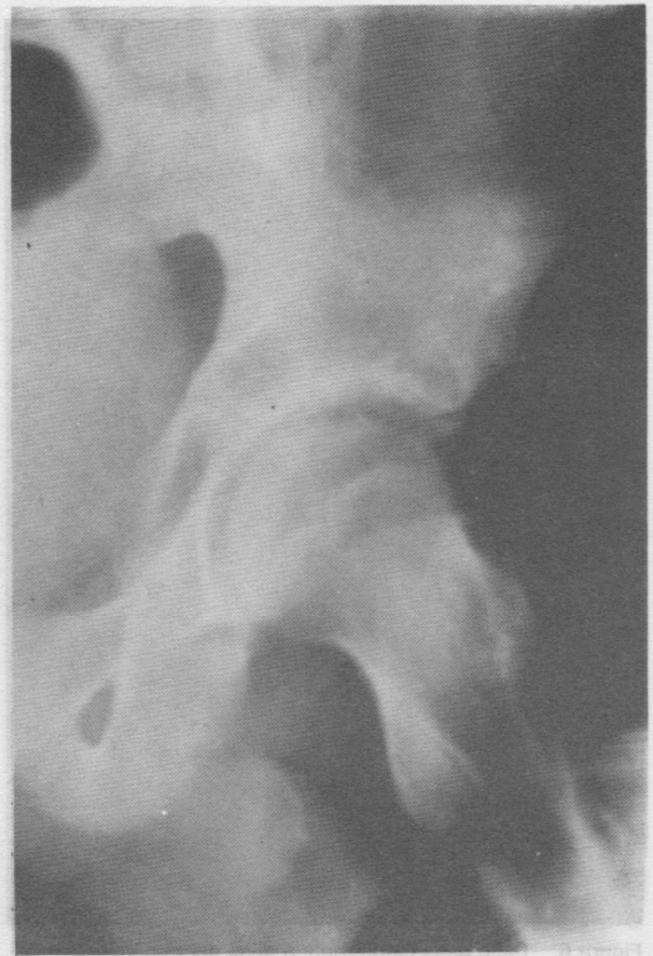
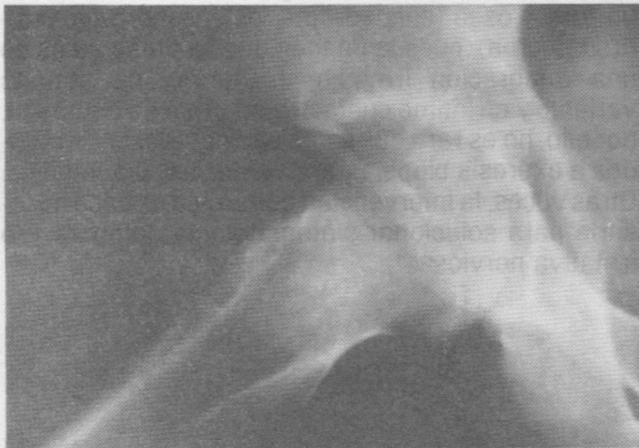


Figura 4. Proyecciones axiales de ambas caderas. A) Derecha (correspondiente a la lesión). b) Izquierda.

cia. Así mismo presentaba impotencia funcional para la flexión de la cadera a partir de la sedestación (signo de Ludloff). A la radiografía, se observó avulsión del trocánter menor con gran desplazamiento (Figura 5A y B). El tratamiento llevado a cabo consistió en reposo en cama durante tres semanas; terminado el cual el paciente retornó a su actividad habitual.

En el control radiográfico a las seis semanas, se detectó un callo óseo importante en la zona del trocánter menor (Figura 6).



Figura 5. Avulsión traumática del trocánter menor derecho. A) Proyección AP de la pelvis. B) Proyección AP de la cadera derecha, en la que se observa con mayor nitidez el desprendimiento del trocánter menor (flecha).



Figura 6. Callo óseo exuberante a nivel del trocánter menor.

En cuanto al diagnóstico se refiere, al examen físico suele revelar dolor en la zona apofisaria correspondiente, siendo más sintomática al pedirle al paciente que contraiga el músculo que allí se inserta. Así por ejemplo, en las lesiones del trocánter menor la flexión de la cadera se hace especialmente dolorosa; mientras que en la lesión del isquión, la flexión de la rodilla contra resistencia no es posible.

No obstante, el diagnóstico definitivo se realiza mediante la exploración radiológica. Es necesario obtener imágenes de gran calidad de toda la pelvis. Así mismo, las proyecciones axiales y oblicuas deben ser de ambas caderas para hacer un estudio comparativo. Sin embargo, la falta de diagnóstico inicial puede plantear el diagnóstico diferencial con un tumor óseo (encondroma, osteocondroma, condrosarcoma), pues la imagen que se presenta es de una tumoración irregular fusiforme, de tamaño variable y en íntimo contacto con el hueso (Figura 6); por ello, no es raro que estos pacientes sean sometidos a exéresis biopsia para verificar el diagnóstico. Otras veces, la intervención quirúrgica se hace necesaria para solucionar sintomatología dolorosa y/o irritativa nerviosa¹¹.

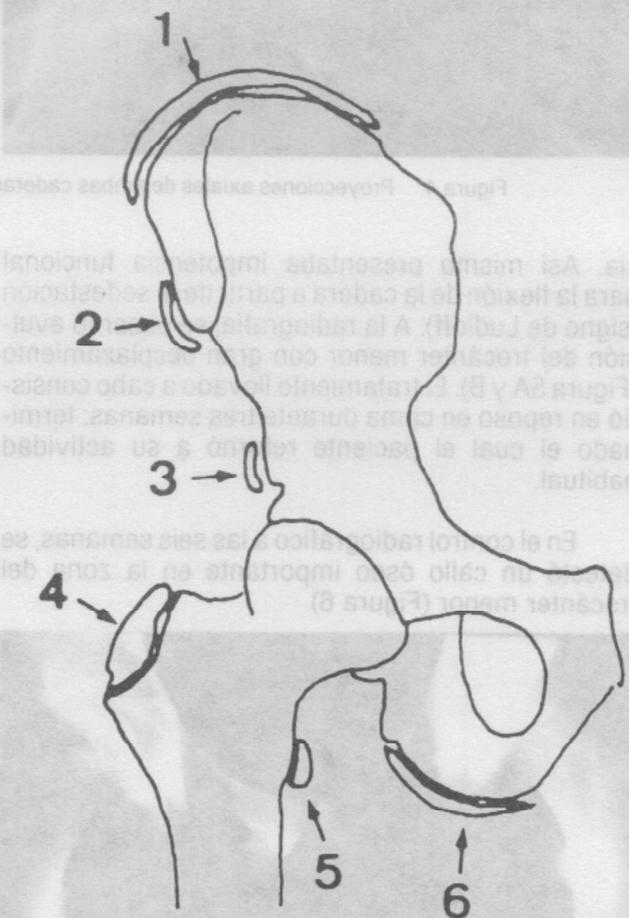


Figura 7. Localizaciones de las apofisiolisis traumáticas de la pelvis y del extremo proximal del fémur. 1. cresta ilíaca; 2. espina ilíaca anterosuperior; 3. espina ilíaca anteroinferior; 4. trocánter mayor; 5. trocánter menor; 6. tuberosidad isquiática.

DISCUSION

El mecanismo de producción de las avulsiones traumáticas de las apófisis de la pelvis y del extremo proximal del fémur, se deben a la fuerte contractura de los potentes músculos que en ella se insertan, después de actividades deportivas, o como consecuencia de movimientos bruscos incoordinados. Por ello, no es raro que este tipo de lesiones incida más en varones. Sin embargo, debido al aumento de mujeres que participan en deportes de competición, es de suponer que esta proporción se iguale con el tiempo.

El período de aparición de las apófisis y la edad en que las fisis se cierran definitivamente, perfilan el tipo de pacientes en los que se presentan estas lesiones. Así, en nuestros tres casos corresponden a la segunda década de la vida, cifra que coincide con la mayoría de las series publicadas^{6, 7}.

Por lo que respecta a su localización, las apofisiolisis del isquión son las más frecuentes dentro de las avulsiones de la pelvis^{8, 9}, y las del trocánter menor dentro de las avulsiones del extremo proximal del fémur¹⁰, (Figura 7).

En cuanto al tratamiento a seguir en este tipo de lesiones, ha de ser inicialmente conservador, con reposo en cama y la extremidad afecta en posición funcional y de máxima relajación muscular. El pronóstico en general es excelente.

SUMMARY

Three cases of traumatic apophysis avulsion that we showed, were located in the pelvis and proximal part of femur.

This injuries is an uncommon kind of pathology, and they are initially undiagnosed in the first visit at

the physician. Is also frequent, that the radiographic studies make a little confusion or created a true problems in the differential diagnosed with other pathology like: Exostosis, Myositis ossificans, or bone tumors.

This paper is presented, to contribute at the clearly, and to have your attention of this particular pathology.

The authors made a revision of literature reports, with special interest in the radiographic studies.

BIBLIOGRAFIA

1. PROUBASTA R.I., ROIG J., VANCELLS M., MATA J., PALACIO A.: Epifisiolisis traumática del isquión. Barcelona - Quirúrgica 1985; 28: 40-44.
2. REDO J., DONCEL A., PROUBASTA I., ITARTE J., PALACIO A.: Avulsión traumática de la espina iliaca anteroinferior. Avances (Asepeyo) 1986; 16: 77-78.
3. IRVING M.H.: Exostosis formation after traumatic avulsion of the anterior inferior iliac spine. J. Bone Joint Surg. 1964; 46B: 720-722.
4. GOODWIN, M.A.: Myositis ossificans in the region of the hip joint. Brit J. Surg 1959; 46: 547.
5. BARNES, S.T., HINDS R.B.: Pseudotumor of the ischium, a late manifestation of avulsion of the ischial epiphysis. J. Bone Joint Surg 1972; 54A: 645-647.
6. KREPLICK J.F., WILKINSON, R.H.: Avulsion injuries of the pelvis and proximal femur. AJR 1981; 137: 581-584.
7. HOWARD F.M., PIHA, R.J.: Fractures of the apophysis in adolescent athlete. JAMA 1965; 192: 842-848.
8. MILCH, H.: Avulsion fracture of the tuberosity of the ischium. J Bone Joint Surg 1926; 8: 832.
9. HAMADA G., RIDA A.: Ischial apophysiolisis (IAL) report of a case and review of the literature. Clin Orthop 1963; 31: 117-130.
10. DIMON D.H.: Isolated fractures of the lesser trochanter of the femur. Clin Orthop 1972; 82: 144-148.
11. SHLONSKY J., OLIX M.L.: Functional disability following avulsion fracture of the ischial epiphysis. J Bone Joint Surg 1972; 54A: 641-643.