

Fractura-avulsión de la espina iliaca anterosuperior en un adolescente deportista. A propósito de un caso

N. Álvarez Zallo¹, J. Andueza Sola¹, L. García Blanco¹, M. Ruiz Goikoetxea¹, M. Brun Sánchez², M. Menéndez García²

¹Servicio de Urgencias Extrahospitalario San Martín. Pamplona. ²Servicio de Traumatología. Complejo Hospitalario de Navarra

Resumen

Las fracturas por arrancamiento de las apófisis pélvicas son lesiones con una baja incidencia en la edad pediátrica. Dichas fracturas ocurren durante la adolescencia, periodo del crecimiento en el que los núcleos de osificación se fusionan con la pelvis. El arrancamiento de las apófisis pélvicas suceden durante la realización de ejercicios explosivos. Presentamos un caso de un adolescente que, tras un mecanismo de producción característico, presenta un arrancamiento de la espina iliaca anterosuperior.

Palabras clave: Avulsión, pelvis, adolescente.

Abstract

Title: Avulsion fracture of iliac anterosuperior spine in a young athlete. A case report

Pelvic apophyseal avulsion fractures have a low incidence in childhood. These fractures occur during the adolescence in the interval between the appearance of ossific nuclei and their fusion at pelvic tuberosities. The pelvic apophyseal avulsion fractures occur during explosive exercises. We report a case of an adolescence how after a typical production presents an avulsion fracture of anterosuperior spine.

Keywords: Avulsion, pelvis, young.

Introducción

Las lesiones por arrancamiento de las apófisis pélvicas son lesiones infrecuentes en la edad infantil. Estas lesiones ocurren durante el periodo del crecimiento en el que aparecen los núcleos de osificación y se fusionan a la pelvis¹. El mecanismo implicado suele ser una contracción repentina y brusca de la unión musculotendinosa

Fecha de recepción: 7/10/15. Fecha de aceptación: 2/11/15.

Correspondencia: N. Álvarez Zallo. Servicio de Urgencias Extrahospitalario San Martín. C/ San Fermín, 29, planta baja. 31004 Pamplona. Correo electrónico: noealza@gmail.com

Cómo citar este artículo: Álvarez Zallo N, Andueza Sola J, García Blanco L, Ruiz Goikoetxea M, Brun Sánchez M, Menéndez García M. Fractura-avulsión de la espina iliaca anterosuperior en un adolescente deportista. A propósito de un caso. Acta Pediatr Esp. 2016; 74(2): e37-e40.

sobre el esqueleto inmaduro, que puede ocasionar una fractura por avulsión². Se consideran lesiones estables del anillo pélvico, siendo el tratamiento generalmente conservador, con una recuperación del cuadro entre 3 semanas y 4 meses³.

Caso clínico

Presentamos el caso de un niño de 14 años de edad, sin antecedentes previos de interés, que tras realizar una carrera forzada y golpear un balón cuando jugaba a fútbol, presentó de forma súbita un dolor en la pelvis, que le dificultaba la deambulación y le causaba una limitación a la flexión de la cadera. A la exploración física el paciente mostraba un buen estado general, sin fiebre ni antecedentes de cuadros infecciosos los días previos. La cadera no presentaba deformidades, inflamación o hematomas, manteniendo una actitud en reposo normal. Refería dolor a la palpación en la zona de la espina iliaca anterosuperior izquierda, con dificultad e impotencia funcional para la elevación de la pierna en extensión y un déficit de fuerza de 3/5. El resto de la exploración física era normal. Se realizaron radiografías en proyecciones alar (figura 1) y obturatriz de la cadera izquierda, en las que se constató una fractura-avulsión de la espina iliaca anterosuperior. Se le indicó al paciente reposo relativo, evitando movimientos que le provocaran dolor, y analgesia cada 8 horas según clínica. Se le realizó el primer control clínico a los 10 días del traumatismo, sin que estuviese realizando reposo articular, por lo que persistía el dolor, que aumentaba con la flexión activa de la cadera. Se le recomendó el uso de muletas y realizar una nueva revisión a las 5 semanas. En dicha consulta se realizaron controles radiográficos que confirmaron la aparición de signos de consolidación, y aunque la fusión de los fragmentos no era completa, el paciente se encontraba asintomático y la exploración física era normal, con una movilidad pasiva de la cadera completa, y un balance de 5/5 en los grupos musculares flexores de la cadera y extensores de la rodilla (figura 2).

Discusión

Las fracturas de la pelvis por avulsión engloban a las fracturas de la espina iliaca anterosuperior y anteroinferior, la tuberosidad isquiática, la sínfisis del pubis y las fracturas de la rama púbica. En contraste con estudios previos, según una reciente revisión de 228 casos², las fracturas de la espina iliaca anteroinferior son las más frecuentes, seguidas de las fracturas de la espina iliaca anterosuperior. Estas últimas fracturas ocurren durante la adolescencia, con una edad promedio de 13,8-15,2 años^{1,2,4,5}, y tienen un predominio en el sexo masculino. El mecanismo implicado está generalmente relacionado con una contracción súbita del músculo sartorio o el tensor de la fascia lata frente a la resistencia del cartílago apofisario y con la cadera en inclinación⁶. Los deportes de alta energía e impacto se asocian a un mayor riesgo de producirla, como el fútbol, el béisbol o el atletismo^{1,7}. Aunque es una entidad poco frecuente, un dolor súbito en la cadera en un joven o adolescente en relación con la práctica del deporte y que impide continuar practicándolo, con un mecanismo sugestivo, debe hacernos sospechar esta posibilidad.

El diagnóstico de las fracturas pélvicas por avulsión se realiza mediante la historia clínica y el estudio de radiografía simple del área pélvica, que es importante efectuarlo con al menos una proyección oblicua (alar y/o obturatriz) para determinar el grado de desplazamiento óseo. La resonancia magnética está reservada para casos en los que el diagnóstico no está claro^{2,8}.

El tratamiento es generalmente conservador, con un periodo de reposo de 2 o 3 semanas, limitando las actividades y la deambulación, en ocasiones ayudado de muletas^{1,8}. Posteriormente se recomienda realizar ejercicio físico de forma progresiva. La evolución habitualmente suele ser buena, con la resolución completa del cuadro en 3-4 meses. El tratamiento quirúrgico queda reservado para pacientes con gran desplazamiento del fragmento óseo (>2 cm), con sintomatología neurológica asociada o dolor crónico^{2,6}. Sin embargo, esta alternativa no ha demostrado que mejore los resultados, ya que en la literatura científica existen pocos casos de fracaso en la consolidación de estas fracturas y, cuando aparece, ésta suele ser bien tolerada y no producir síntomas^{4,9}. El pediatra debe conocer este tipo de fracturas y su clínica, ya que son fracturas propias de la adolescencia.

Bibliografía

1. Rossi F, Dragoni S. Acute avulsion fractures of the pelvis in adolescent competitive athletes: prevalence, location and sports distribution of 203 cases collected. *Skeletal Radiol.* 2001; 30(3): 127-131.
2. Schuett DJ, Bomar JD, Pennock AT. Pelvic apophyseal avulsion fractures: a retrospective review of 228 cases. *J Pediatr Orthoped.* 2015; 35(6): 617-623.
3. Atalar H, Kayaoglu E, Yavuz OY, Selek H, Uras I. Avulsion fracture of the anterior inferior iliac spine. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi. Turk J Trauma Emerg Surg.* 2007; 13(4): 322-325.
4. Metzmaker JN PA. Avulsion fractures of the pelvis. *Am J Sports Med.* 1985; 13(5): 349-358.
5. Sundar MCH. Avulsion fractures of the pelvis in children: a report of 32 fractures and their outcome. *Skeletal Radiol.* 1994; 23(2): 85-90.
6. Kautzner J, Trc T, Havlas V. Comparison of conservative against surgical treatment of anterior-superior iliac spine avulsion fractures in children and adolescents. *Int Orthopaed.* 2014; 38(7): 1.495-1.498.
7. White KK, Williams SK, Mubarak SJ. Definition of two types of anterior superior iliac spine avulsion fractures. *J Pediatr Orthoped.* 2002; 22(5): 578-582.
8. Naylor JA, Goffar SL, Chugg J. Avulsion fracture of the anterior superior iliac spine. *J Orthopaed Sports Phys Ther.* 2013; 43(3): 195.
9. Servant CT, Jones CB. Displaced avulsion of the ischial apophysis: a hamstring injury requiring internal fixation. *Br J Sports Med.* 1998; 32(3): 255-257.



Figura 1. Fractura por avulsión de la espina iliaca anterosuperior

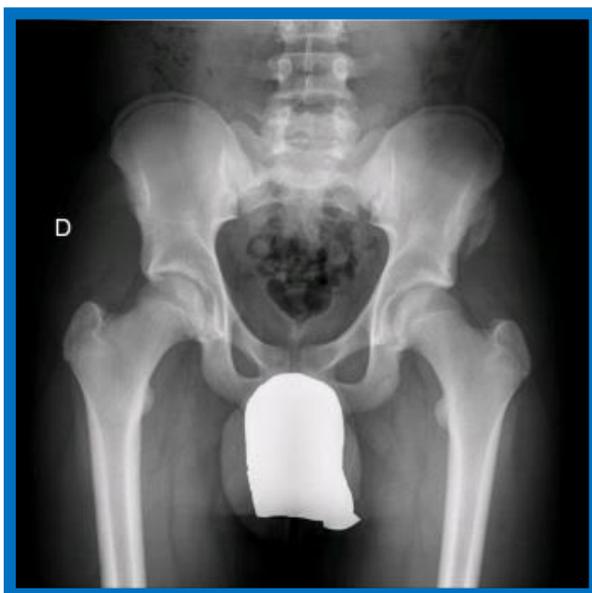


Figura 2. Fractura en proceso de consolidación