

Introducción

La disociación espino-pélvica es una lesión muy infrecuente (2'9% de las fracturas de pelvis). Se define como una fractura sacra que combina un trazo transversal con trazos sagitales en ambas alas sacras, provocándose una separación mecánica entre el raquis y la pelvis. Suele producirse tras traumatismos de alta energía, y constituye una lesión potencialmente muy grave, ya que puede asociar daños a nivel del plexo sacro y la cola de caballo (además de lesiones a otros niveles por el traumatismo). El diagnóstico y tratamiento precoz de estas fracturas resulta fundamental para mejorar el pronóstico funcional.

Objetivos

Presentamos dos casos de disociación espino-pélvica atendidos en nuestro servicio.

Material y método

Caso 1: Mujer 34 años, caída por las escaleras. Fractura-acuñamiento T11 y L1 y fractura sacra con disociación espino-pélvica, sin lesión neurológica. Intervención: Artrodesis postero-lateral instrumentada T11-L2 y L5-sacroiliacos.

Caso 2: Mujer 44 años, politraumatismo tras precipitación por intento autolítico. Fractura estallido de L1 con retropulsión del muro posterior y fractura en H del sacro con disociación espino-pélvica, sin lesión neurológica. Intervención: Artrodesis postero-lateral instrumentada T12-S1 y tornillos sacroiliacos.



Fig. 1: Rx inicial



Fig. 2 a 4: Imágenes TAC iniciales

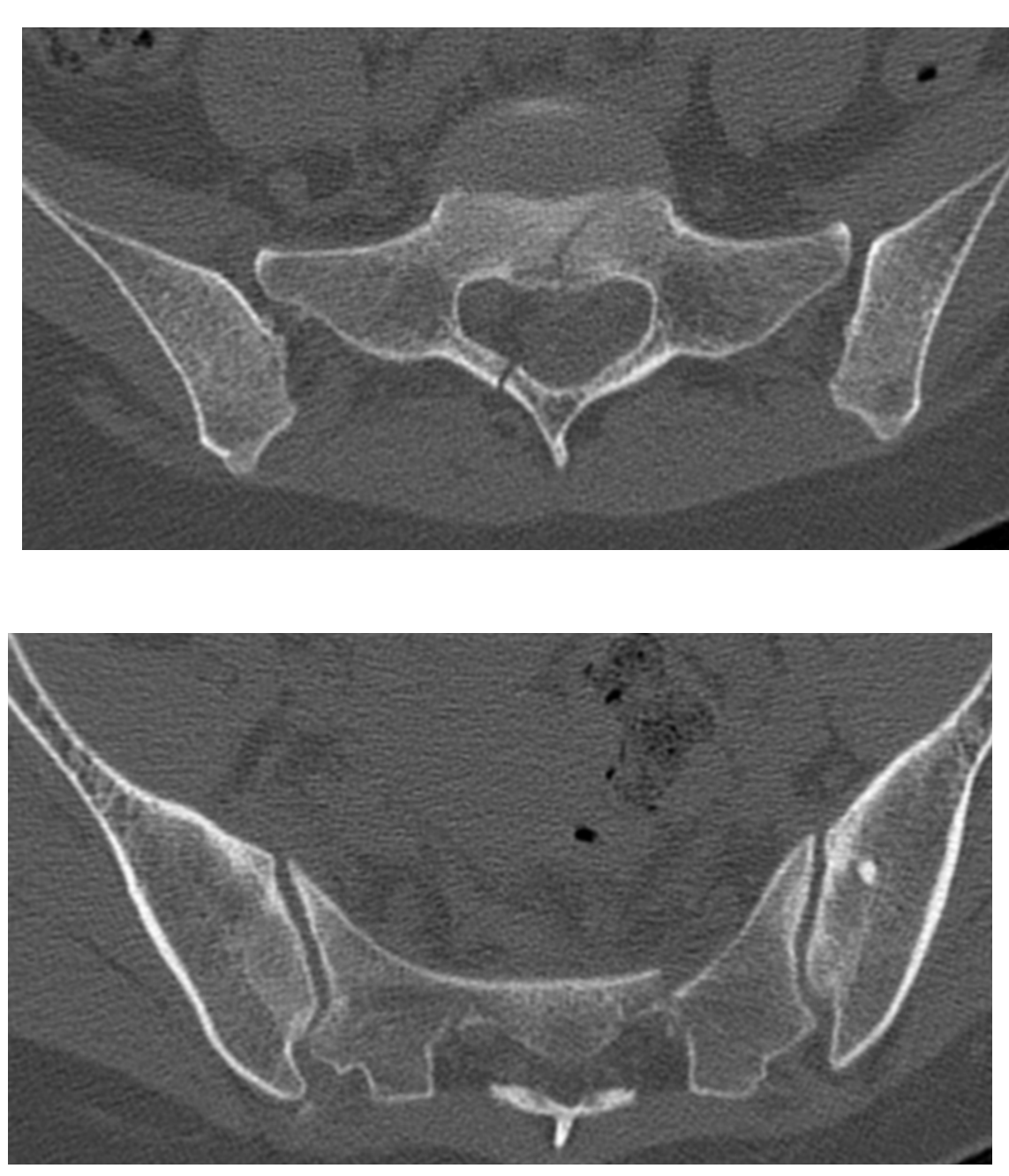


Fig. 5 y 6: Imágenes RMN iniciales



Fig. 7 y 8: Control Rx post-IQ



Fig. 9 a 12: Imágenes TAC iniciales



Fig. 13 y 14: Control Rx post-IQ

Resultados

Caso 1: 2 años post-IQ, sin secuelas desde el punto de vista neurológico. Dolor residual en zona lumbo-sacra, tolerable, vuelta a actividad laboral.

Caso 2: Re-intervenida por pseudoartrosis y rotura de barras mediante retirada de instrumentación T12-L2 y cambio de barras L3-iliacos, aporte de injerto. Incapacidad laboral por dolor lumbar.

Conclusión

Ante un traumatismo de alta energía debemos siempre mantener la sospecha de una posible disociación espino-pélvica, que no debe pasar desapercibida. Deberemos explorar las raíces lumbares y sacras y solicitar pruebas de imagen complementarias a la radiografía (TAC) ante la sospecha clínica. El tratamiento quirúrgico de estas lesiones permitirá la descompresión neurológica en caso de ser necesario, así como una reducción y fijación espino-pélvica que faciliten una movilización precoz. Idealmente debe ser realizado en las primeras 48-72 horas.