



Diástasis traumática de la sínfisis del pubis

Edith Reyes Méndez,* Gaspar Alberto Motta Ramírez,† Oliva González Burgos§

Paciente femenina de 26 años, con embarazo de 40 5/7 semanas de gestación, controlado, que acude con actividad uterina espontánea; por detención de la misma, se decide conducción del trabajo de parto, que termina en parto vaginal normal, con un producto masculino de 3,150 g, APGAR 7-9, perímetro cefálico de 34 cm. No se señalan maniobras ni eventos traumáticos intraparto en la nota clínica postparto, señalando únicamente que a la expulsión fetal se escuchó chasquido en el área suprapúbica. En la exploración posterior a la expulsión del producto, se encontró laceración a nivel de horquilla y desgarro de pared vaginal anterior de 6 cm de profundidad.

La paciente evoluciona con dolor súbito intenso en la sínfisis del pubis e imposibilidad para caminar, por lo que se realiza estudio radiológico de pelvis, mismo que se muestra en la figura 1.

En el caso que presentamos en la figura 1, se corrobora radiológicamente la diástasis de la sínfisis del pubis con una separación de 3 cm.

DIÁSTASIS DE LA SÍNFISIS DEL PUBIS¹⁻⁴

La diástasis traumática de la sínfisis del pubis es una complicación infrecuente, aunque potencialmente grave para la



Figura 1.

madre y el feto, que nos obliga a una vigilancia cuidadosa de la estabilidad hemodinámica de ambos y que precisa de una actuación conjunta de obstetras y traumatólogos, en ocasiones emergente. La potencial gravedad de las complicaciones asociadas, incluida la mortalidad materna del 9% y la mortalidad fetal del 35%,¹ hace necesarias una vigilancia continua y una eventual actuación inmediata.

La separación de la sínfisis del pubis de hasta 1 cm durante la gestación y el parto se considera fisiológica. La separación > 10-13 mm debe considerarse patológica, aunque se han descrito separaciones de hasta 15 mm sin rotura.¹

La separación ósea en la sínfisis en mujeres no gestantes es de 5 mm; a partir de la semana 10-12 del embarazo, comienza su ensanchamiento en respuesta a los cambios endocrinos, y la remodelación pélvica se completa durante el tercer trimestre para facilitar el parto. La separación de hasta un centímetro se considera fisiológica; superior a 10 mm es patológica.

Hay factores asociados que favorecen la diástasis patológica y que concurren durante la gestación, como la multiparidad, la macrosomía o las anormalidades articulares o conectivas previas o durante el parto, como el parto pre-

* Médica residente de tercer año del Curso de Especialización y Residencia en Radiodiagnóstico, Escuela Militar de Graduados de Sanidad del Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional.

† Médico Radiólogo, adscrito a la subsección de Tomografía Computada del Departamento de Radiación Ionizante del Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional.

§ Médica Radióloga, adscrita al Departamento de Radiología e Imagen del Hospital de Especialidades de la Mujer y Neonatología, Secretaría de la Defensa Nacional.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Correo electrónico: radbody2013@yahoo.com.mx

Aceptado: 07-05-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/actamedica>

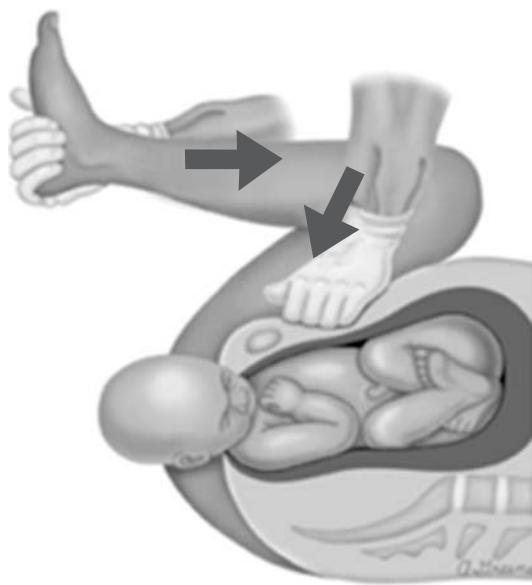


Figura 2.

cipitado, la desproporcióncefalopélvica, el uso de oxitocina durante la inducción, las contracciones uterinas intensas, la analgesia epidural, la posición en abducción forzada o el parto instrumental con fórceps.

El mecanismo de acción se debe al descenso forzado de la cabeza fetal sobre el anillo pelviano produciendo la rotura del ligamento pélvico. La sínfisis del pubis está separada por un disco cartilaginoso reforzado por cuatro ligamentos, de los cuales el anterior y el inferior son los que en mayor medida contribuyen a su fortaleza y que con unas condiciones de parto y pujos normales no se vea

alterado. En ocasiones, también puede ir acompañado de la separación de la articulación sacroiliaca, sobre todo si la diástasis pélvica supera los 4 cm.¹⁻⁴

La diástasis traumática de la sínfisis del pubis se ha relacionado con la maniobra de McRoberts (Figura 2), que consiste en provocar una hiperflexión de las caderas de las gestantes –bien con su propia colaboración o con la de dos ayudantes–. La modificación pélvica que produce es la apertura del ángulo lumbosacro, con aplanamiento de la pelvis de unos 6°, lo que facilita el descenso del hombro posterior. No produce modificaciones apreciables en los diámetros de la pelvis en ningún nivel.³

La diástasis traumática de la sínfisis del pubis es una complicación infrecuente del intraparto con un cuadro clínico infradiagnosticado, que generalmente se resuelve mediante un tratamiento conservador fácil. Sólo en casos severos (>4 cm) requiere cirugía ortopédica. Las pacientes responden a menudo a las medidas conservadoras. Un pequeño porcentaje de las pacientes desarrollará dolor crónico y requerirá de tratamiento quirúrgico, que implica el desbridamiento o la fusión del pubis de la sínfisis.¹⁻⁴

REFERENCIAS

1. Cueto-Callejón M, Teulón-González M, Sánchez-Robles Hurtado G, Ballesteros-Massó R, Miranda-Serrano P. Diástasis traumática de pubis en gestante a término. *Prog Obstet Ginecol.* 2010; 53 (3): 112-115.
2. Pedrazzini A, Bisaschi R, Borzoni R, Simonini D, Guardoli A. Post partum diastasis of the pubic symphysis: a case report. *Acta Bio Med.* 2005; 76: 49-52.
3. Moore T. *Pubic symphysis diastasis. Case Scenario.* [Internet]. Disponible en: <http://www.etsu.edu/com/cme/documents/hfth/07%20Moore%20pubicsymphysisdiastasis.pdf>
4. Cowling PD, Rangan A. A case of postpartum pubic symphysis diastasis. *Injury.* 2010; 41 (6): 657-659.