



Diástasis de la sínfisis pélvica posparto

Agustín-Oliva A,¹ Díaz-Rabasa B,¹ Estallo-Bernardos V,² Rodríguez-Solanilla B,¹ Padín-Fabeiro M,³ Castán-Mateo S¹

Resumen

ANTECEDENTES: ante un dolor pélvico intenso en una paciente embarazada, durante el parto o puerperio inmediato, debe considerarse la posibilidad de diástasis de la sínfisis del pubis, que es una afección poco frecuente e infradiagnosticada que puede resultar muy dolorosa e invalidante porque daña considerablemente la calidad de vida. A la exploración física se advierte: dolor intenso en la sínfisis pélvica, que puede irradiarse hacia la zona lumbar o ambos muslos. Para establecer el diagnóstico definitivo es necesaria una prueba de imagen que muestre una separación entre ambas ramas ≥ 10 mm. En función de la clínica y el grado de separación puede optarse por un tratamiento conservador o, bien, por una intervención quirúrgica con osteosíntesis y estabilización del anillo pélvico.

CASO CLÍNICO: paciente que luego de un parto eutóxico experimentó dolor pélvico intenso e incapacidad para la deambulación y sedestación. Con base en la imagen radiográfica antero-posterior de la pelvis se estableció el diagnóstico de diástasis severa de la sínfisis del pubis, con afectación de la articulación sacroiliaca. El tratamiento fue quirúrgico, con buena evolución posterior.

CONCLUSIONES: las formas leves de esta afección son infradiagnosticadas. El retraso en el diagnóstico y tratamiento implica dolor residual y empeora el pronóstico de la enfermedad. Es importante tener en mente este diagnóstico a la hora del diagnóstico diferencial de dolor pélvico en una paciente embarazada o puérpera.

PALABRAS CLAVE: diástasis, sínfisis, pubis, embarazo, puerperio

Ginecol Obstet Mex. 2017 Jun;85(6):396-402.

Postpartum pubic symphysis diastasis

Agustín-Oliva A,¹ Díaz-Rabasa B,¹ Estallo-Bernardos V,² Rodríguez-Solanilla B,¹ Padín-Fabeiro M,³ Castán-Mateo S¹

Abstract

BACKGROUND: In the presence of severe pelvic pain in a pregnant patient, during childbirth or the immediate puerperium, it is necessary to consider the possibility of a diastasis of the pubic symphysis. It is a rare and underdiagnosed pathology that can be very painful and invalidating and seriously worsens the quality of life. Physical examination shows intense pain at the level of the pubic symphysis

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

² Servicio de Rehabilitación, Hospital Reina Sofía de Tudela, España.

³ Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Recibido: abril 2017

Aceptado: mayo 2017

Correspondencia

Dra. Andrea Agustín Oliva
anagustino@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Agustín-Oliva A, Díaz-Rabasa B, Estallo-Bernardos V, Rodríguez-Solanilla B, Padín-Fabeiro M, Castán-Mateo S. Diastasis de la sínfisis pélvica posparto. Ginecol Obstet Mex. 2017 junio;85(6):396-402.



that can radiate towards the lower back or both thighs. Definitive diagnosis requires an image test showing a separation between the two pubic bones ≥ 10 mm. Depending on symptomatology and the degree of separation, it is possible a conservative treatment or surgery, with osteosynthesis and stabilization of the pelvic ring.

CLINICAL CASE: Patient who experienced intense pelvic pain and incapacity for ambulation and sedation after a eutocic delivery for ambulation and sedestation. After an anteroposterior radiograph of the pelvis, a severe diastasis of the pubic symphysis was diagnosed with affection of the sacroiliac joint and required surgical treatment with a favourable evolution.

CONCLUSIONS: Mild forms of this condition are underdiagnosed. Delay in diagnosis and treatment involves residual pain and worsens the prognosis of the disease. It is important to keep this diagnosis in mind at the time of the differential diagnosis of pelvic pain in a pregnant or puerperal patient.

KEY WORDS: Diastasis; Pubis; Symphysis; Pregnancy; Puerperium

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

² Servicio de Rehabilitación, Hospital Reina Sofía de Tudela, España.

³ Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Correspondence

Dra. Andrea Agustín Oliva
anagustino@gmail.com

ANTECEDENTES

La diástasis de la sínfisis del pubis es una complicación rara que suele suceder durante el segundo o tercer trimestres de la gestación, aunque en ocasiones puede iniciarse durante el parto o el puerperio inmediato, después del cese de la analgesia epidural.¹ La incidencia tiene importantes variaciones en función de la bibliografía consultada, desde 1 por cada 300 a 1 por cada 30,000 partos vaginales, por lo que su incidencia real está aún por determinarse, lo que hace pensar en la posibilidad del infradiagnóstico.²⁻⁵

La sínfisis pública es una articulación no sinovial, formada por la unión de ambos huesos púbicos y un disco fibrocartilaginoso, reforzada en todas sus caras por los ligamentos púbicos (superior, inferior, anterior y posterior) que permiten movimientos limitados de 0.5-1 mm.⁶ El más importante de ellos es el ligamento público inferior o ligamento arcuato, fundamental para la estabilidad de la unión porque es capaz de

soportar la tensión, cizallamiento y fuerzas compresivas a las que se expone la articulación.¹ La estabilidad dinámica se debe a numerosas estructuras músculo-tendinosas que se unen a la cápsula de la sínfisis pública y al disco fibrocartilaginoso. En la parte superior se localizan los tendones de los músculos rectos abdominales que de forma oblicua se unen a los ligamentos inguinales, derivados de los músculos oblicuos externos; en la parte inferior están los tendones del aductor largo y del músculo gracilis. Estos tendones se adhieren, de forma continua, a la cápsula y permiten mantener la estabilidad durante el movimiento.⁷

La distancia normal entre ambas ramas púbicas es inferior a 7 mm, a partir de los 7 años de edad,⁷ y en la edad adulta disminuye incluso a 4 mm. Durante el embarazo y, sobre todo durante el parto, puede haber un incremento y alcanzar los 7 mm, sin manifestación de síntomas o necesidad de tratamiento.^{1,3,4,8,9} Durante el tránscurso del embarazo esta distancia se am-

plía e incrementa la laxitud de la sínfisis pública debido a factores hormonales, metabólicos, bioquímicos y mecánicos.¹⁰ El incremento de las concentraciones de progesterona y de relaxina durante la gestación favorece la elasticidad del cartílago debido a un descenso en las fuerzas intrínsecas del tejido conectivo.¹¹ Esto permite que el diámetro sagital de la pelvis aumente y facilite los partos vaginales.^{2,3,8,12}

Después del embarazo esta elasticidad retorna a la normalidad en un lapso aproximado de 12 semanas: la sínfisis recupera su amplitud normal y la articulación se estabiliza.^{4,12}

La diástasis de la sínfisis del pubis es una amplitud entre ambas ramas púbicas mayor o igual a 10 mm que se asocia con una lesión sintomática de los ligamentos.^{4,5,6,13} Cuando esta distancia es superior a 25 mm se asocia con una lesión del anillo pélvico posterior, incluida una interrupción de la unión sacro-iliaca. Un desplazamiento vertical de ambas ramas superior a 10 mm es indicativo de inestabilidad de la articulación pélvica.^{4,6}

El objetivo del reporte de este caso es: conocer los factores de riesgo, la clínica y el tratamiento de la diástasis de la sínfisis del pubis, una complicación poco frecuente pero que puede disminuir la calidad de vida durante la gestación y el puerperio inmediato y que, en muchos casos, no siempre se diagnostica.

CASO CLÍNICO

Paciente embarazada, de 40 años de edad, en el tercer embarazo y con dos partos previos, uno de ellos eutóxico no complicado y un aborto de primer trimestre. Como antecedentes personales solo había tenido un episodio de dolor ciático antes del embarazo, que se trató con antiinflamatorios no esteroides. La gestación actual cursó sin complicaciones e inició espontáneamente el trabajo de parto a las 40+1 semanas; se adminis-

tró analgesia epidural y nació un neonato varón de 3,700 gramos después de 55 minutos de la segunda fase activa del parto, con Apgar de 10-10. No requirió episiotomía, solo la reparación de un desgarro vaginal de primer grado. Después de suspender la analgesia epidural a las 16 horas del parto, la paciente sufrió un dolor intenso en la zona pública y lumbar, con irradiación a ambos muslos, que impedía la sedestación y la deambulación, obligándola a permanecer en cama. En la exploración se objetivó un dolor intenso al palpar la sínfisis del pubis, sin alteraciones en la sensibilidad ni dificultad para orinar.

Con el antecedente del dolor ciático y las características del dolor se administró un antiinflamatorio intramuscular (betametasona 12 mg), sin disminución del dolor ni de la incapacidad funcional. La radiografía de pelvis antero-posterior a las 24 horas posparto confirmó una diástasis de sínfisis del pubis severa: distancia entre ambas ramas de 44 mm, sin imágenes sugerentes de fractura y aumento del espacio articular sacroiliaco derecho. **Figura 1**



Figura 1. Radiografía antero-posterior de pelvis que muestra una distancia entre ambas ramas de 44 mm, sin imágenes sugerentes de fractura y aumento del espacio articular sacroiliaco derecho.



Se solicitó la colaboración de los especialistas del servicio de Traumatología del hospital, quienes de inmediato indicaron la colocación de un cinturón pélvico *slip-sling* que permitió a la paciente la sedestación y la deambulación de pequeñas distancias y tener menos dolor. Se indicó tromboprofilaxis con bemiparina sódica a la dosis de 3500 UI cada 24 h por vía subcutánea. En la radiografía de control tomada después de la colocación del cinturón se observó una reducción de la diástasis hasta los 18 mm. **Figura 2**

En la reevaluación de los traumatólogos a las 72 horas, éstos decidieron operarla para corregir la afectación de la articulación sacroiliaca, el tamaño de la diástasis, la persistencia de incapacidad funcional y la necesidad de reposo prolongado. A los 6 días posparto se realizó una osteosíntesis con placa y tornillos, a través de una incisión de Pfannenstiel. **Figuras 3 y 4**

La evolución posquirúrgica fue favorable y la paciente se dio de alta del hospital a las 48 horas; el seguimiento posterior se efectuó en su centro de salud, en donde le indicaron analgésicos

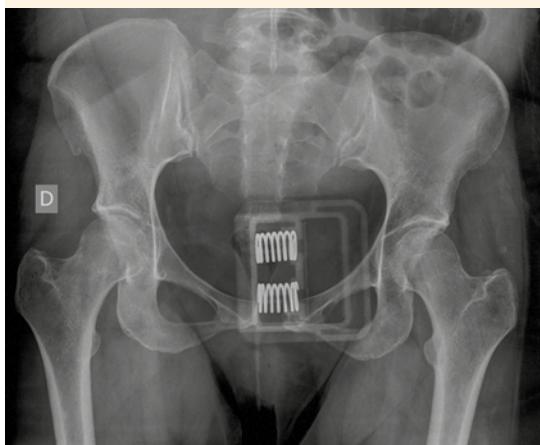


Figura 2. Reducción de la distancia entre ambas ramas pélvicas a 18 mm después de la colocación del cinturón pélvico *slip-sling*.

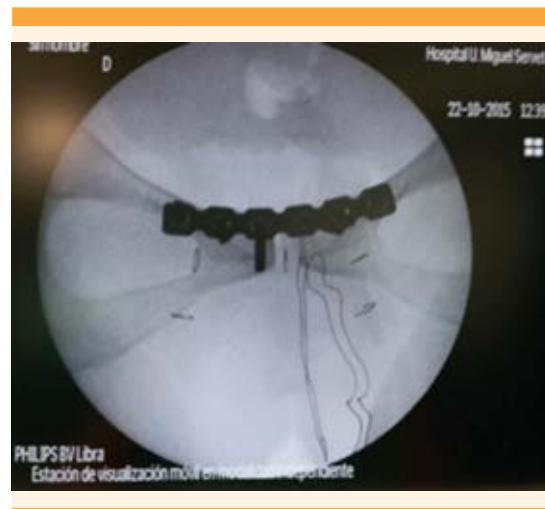


Figura 3. Radiografía de pelvis antero-posterior intraoperatoria que muestra la colocación de la osteosíntesis con placa y tornillos para la reducción de la diástasis.



Figura 4. Imagen de la cirugía de osteosíntesis a través de una incisión de Pfannestiel con colocación de placa y tornillos.

a demanda y tromboprofilaxis durante cuatro semanas.

En la primera revisión a las seis semanas del posoperatorio, la paciente tenía mucho menos dolor y la placa de pelvis antero-posterior reflejaba estabilidad radiológica de la osteosíntesis. (**Figura 5**) Se informó a la paciente del alto riesgo de recidiva en una gestación posterior y 12 meses



Figura 5. Radiografía antero-posterior de pelvis a los seis meses posteriores a la cirugía que muestra la estabilidad de la osteosíntesis.

después de la cirugía la paciente continuaba asintomática.

DISCUSIÓN

La etiología de la diástasis de la síntesis aún no está debidamente establecida. Existe un estrés mecánico que contribuye a esta alteración durante el parto, sobre todo cuando se produce un descenso rápido y energético de la presentación fetal en la segunda fase del parto, que impacta la cabeza fetal y el anillo pélvico anterior que desencadenan fuerzas de cizallamiento que pueden sobrepasar la capacidad de las estructuras ligamentosas.⁴ La maniobra de McRoberts, utilizada ante una distocia de hombros, se ha descrito como un factor de riesgo de diástasis de la síntesis del pubis durante el parto debido a la hiperflexión de las piernas y el incremento de las fuerzas de tracción sobre la síntesis del pubis.^{8,9,10} Otros factores, como la edad de la madre mayor de 35 años,¹² incremento importante del peso de la madre durante el embarazo¹, el parto precipitado, la desproporción pélvico-cefálica,² el parto instrumental con fórceps,² la analgesia epidural,²

la rápida progresión de la segunda fase del parto² y las gestaciones múltiples¹⁰ se han asociado con mayor riesgo de sufrir este padecimiento.

Las alteraciones óseas maternas que favorecen la aparición de una diástasis de la síntesis pélvica pueden ser: osteomalacia, condromalacia, rachitismo, artritis pélvica o la tuberculosis ósea.⁵ No se ha observado mayor riesgo asociado con la edad gestacional, el sexo fetal, la pelvimetría materna² o la longitud fetal.¹⁰ En la bibliografía hay controversia en torno a la posible asociación con el peso fetal^{10,14} y la paridad.^{1,2,5,14} El ejercicio físico parece ejercer un papel protector en contra de la diástasis de la síntesis del pubis.¹⁰

El dolor producido por la diástasis puede iniciarse durante el tránsito del embarazo, en el trabajo de parto o incluso 48 horas después, una vez que ha cedido el efecto de la analgesia epidural, como fue el caso de nuestra paciente. En ocasiones se describe un dolor súbito "en disparo" localizado en la síntesis, aunque a veces puede irradiarse a la zona inguinal, lumbar, sacroiliaca o al periné⁴ o escucharse un chasquido en el momento en el que se produce.^{4,11,15} Este dolor se incrementa con los movimientos, al levantar peso o mantenerse sobre una sola pierna y con la abducción y es típica la marcha anserina o "de pato".^{10,11} En casos graves puede haber inestabilidad e incapacidad para la sedestación y la deambulación¹⁰ e, incluso, pueden originarse lesiones del plexo lumbo-sacro, daños vasculares, hematomas en el espacio de Retzius, o lesiones vésico-ureterales, más frecuentes cuando realmente se asocian con una fractura ósea.¹²

La exploración física es decisiva para despejar la sospecha clínica: una síntesis pélvica palpable, inflamada y edematosas, y dolor bilateral a la compresión trocantérica es patognomónica.⁴ En el tacto vaginal puede palparse esta separación entre ambos huesos pélvicos.⁵ Para valorar el



anillo pélvico posterior es posible someter a la paciente a estrés mecánico que soporte su peso en una sola pierna y realizar el test de Patrick (con la paciente en decúbito supino se flexionan el muslo y la rodilla y se coloca el maléolo externo sobre la rótula de la pierna opuesta). La aparición de dolor con ambas maniobras es sugerente de una lesión en la articulación sacroiliaca.

Para el diagnóstico definitivo es necesaria una prueba de imagen. Suele ser suficiente con una radiografía antero-posterior de pelvis que valore la distancia entre ambos huesos púbicos y compruebe la correcta alineación entre ambos,¹⁶ aunque ésta puede complementarse con una tomografía computada para valorar la separación antero-posterior, el anillo pélvico posterior y la articulación sacroiliaca. La resonancia magnética aporta información de la lesión de los tejidos blandos, edema, hemorragia e inflamación de la unión subcondral.⁶ Durante el embarazo es posible la realización de una ecografía para valorar la distancia entre ambos huesos púbicos y así evitar los posibles efectos derivados de la radiación, con una capacidad diagnóstica similar a la radiografía.^{17,18}

Es preciso establecer el diagnóstico diferencial con otras afecciones que cursan con una clínica similar de dolor pélvico, como el dolor lumbo-ciático, la infección de vías urinarias, osteítis del pubis y osteomielitis.^{1,11} La falta de respuesta al tratamiento de estas afecciones puede ayudar a descartarlas y valorar el diagnóstico de diástasis de la sínfisis del pubis. La administración de antiinflamatorios ante la sospecha de dolor lumbo-ciático en nuestra paciente, con antecedente de dolor lumbar previo, y la falta de disminución del dolor indujo la valoración de otras posibles causas y permitió diagnosticar la diástasis.

El tratamiento quirúrgico está indicado cuando la distancia entre ambas ramas es mayor de

40 mm, si es necesario el inicio rápido de la movilización después del parto o debido al fracaso de las medidas conservadoras, o ante la inestabilidad del anillo pélvico o lesión cutánea consecuencia de la diástasis.⁴ Esta cirugía puede realizarse, en la mayoría de los casos, a través de una incisión de Pfannenstiel y la estabilización mediante una sinfisiodesis con placa y tornillo y desbridamiento de la zona dañada, así como corrección de la inestabilidad sacroiliaca.^{4,5,19} La paciente del caso aquí reportado requirió cirugía porque la distancia entre ambas ramas era superior a los 40 mm, existía una afectación de la articulación sacroiliaca y el puerperio y la inmovilidad prolongada incrementaban el riesgo de sufrir un episodio tromboembólico. El tratamiento quirúrgico permitió a la paciente recuperar la deambulación normal, eliminar el dolor en mucho menor tiempo que con la conducta conservadora de reposo en cama en decúbito lateral, cinturón pélvico durante al menos seis semanas, muletas para caminar y movilización progresiva.⁴ El retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico se asocian con mayor riesgo de inestabilidad persistente y dolor pélvico crónico residual.¹² El momento del inicio de la movilización después del reposo en cama no está claramente establecido en la bibliografía, pues está reportada gran variabilidad en la función y los síntomas.¹⁰

En ocasiones, después del tratamiento conservador o quirúrgico puede persistir dolor pélvico o molestias durante las relaciones sexuales y *clicks* intermitentes con los movimientos que implican la sínfisis del pubis.

La necesidad de cesárea en pacientes con diagnóstico de diástasis de la sínfisis del pubis no está suficientemente documentada; sin embargo, cuando hay abducción de la cadera sí puede ser necesario finalizar el embarazo por vía abdominal.¹ El antecedente de diástasis de la sínfisis del pubis en una gestación previa incrementa

el riesgo de recurrencia, incluso de 68-85% en posteriores embarazos, a pesar de ello no se considera una indicación de cesárea.^{1,20}

CONCLUSIONES

La diástasis de la sínfisis del pubis es una afección poco frecuente que puede disminuir de manera importante la movilidad y la calidad de vida durante el embarazo o el puerperio inmediato, periodo en el que se inicia la lactancia y el neonato precisa atención continua. La gran variedad en la incidencia reportada sugiere que se trata de un padecimiento subdiagnosticado de las formas leves, porque las graves cursan con una clínica muy llamativa y suelen diagnosticarse más oportunamente. El retraso en el diagnóstico y tratamiento implica dolor residual y empeoramiento del pronóstico de la enfermedad. Por esto siempre es importante tener en mente este diagnóstico a la hora del diagnóstico diferencial de dolor pélvico en una paciente embarazada o en el puerperio.

REFERENCIAS

1. Jain S, Eedarapalli P, Jamjute P, Sawdy R. Symphysis pubis dysfunction: a practical approach to management. The Obstetrician & Gynaecologist. 2011 Jan; 8(3): 153-158.
2. Yoo JJ, Ha YC, Lee YK, Hong JS, Kang BJ, Koo KH. Incidence and risk factors of symptomatic peripartum diastasis of pubic symphysis. J Korean Med Sci. 2014 Feb; 29(2): 281-6.
3. Boraiyah S, Krishna SA, Rangappa SS. Rare occurrence of symphysis pubis diastasis following normal vaginal delivery. J Obstet Gynaecol India. 2013 Dec; 63(6): 418-9.
4. Hierholzer C, Ali A, Toro-Arbelaez JB, Suk M, Helfet DL. Traumatic disruption of pubis symphysis with accompanying posterior pelvic injury after natural childbirth. Am J Orthop (Belle Mead NJ). 2007 Nov; 36(11): E167-70.
5. Dunbar RP, Ries AM. Puerperal diastasis of the pubic symphysis. J Reprod Med. 2002 July; 47(7): 581-3.
6. Khorashadi L, Petsavage JM, Richardson ML. Postpartum symphysis pubis diastasis. Radiology Case Reports. 2011; 6(3): 542.
7. Budak MJ, Oliver TB. There's a hole in my symphysis- A review of disorders causing widening, erosion, and destruction of the symphysis pubis. Clinical Radiology. 2013;68(2): 173-180.
8. Fidan U, Ulubay M, Keskin U, Firatgil FB, Karasahin KE, Ege T, et al. Postpartum symphysis pubis separation. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2013; 92: 1335-39.
9. Joosoph J, Kwek K. Sympysis pubis diastasis after normal vaginal birth: a case report. Ann. Acad. Med. Singap. 2007 Jan; 36(1): 83-85.
10. Urraca-Gesto MA, Plaza-Manzano G, Ferragut-Garcías A, Pecos-Martin D, Gallego-Izquierdo T, Romero-Franco N. Diastasis of symphysis pubis and labor: systematic review. JRRD. 2015; 52(6): 629-640.
11. Keriakos R, Bhatta C, Morris F, Mason S, Buckley S. Pelvic girdle pain during pregnancy and puerperium. J Obstet Gynaecol. 2011 Oct; 31(7): 572-80.
12. Pires RES, Labronici PJ, Giordano V, Kojima KE, Kfuri M, Barbisan Mea. Intrapartum pubic symphysis disruption. Ann. Med. Health. Sci. Res. 2015; 5: 476-9.
13. Reis RA, Baer JL, Arens RA, Stewart E. Traumatic separation of the symphysis pubis during spontaneous labour. Surg Gynecol Obstet. 1932;55(5): 336-54.
14. Taylor RN, Sonson RD. Separation of the pubic symphysis, an underrecognized peripartum complication. J Reprod Med. 1986; 31: 203-206.
15. Kharrazi FD, Rodgers WB, Kennedy JG, Lhowe DW. Parturition induced pelvic dislocation: a report of four cases. J. Orthop. Trauma. 1997 May; 11(4): 277-81.
16. Svelato A, Ragusa A, Perino A, Meroni MG. Is X-Ray compulsory in pubic symphysis diastasis diagnosis? AOGS. 2014; 93: 218-220.
17. Scriven MW, McChir DAJ, McKnight L. The importance of pubic pain following childbirth: a clinical and ultrasonographic study of diastasis of the pubis symphysis. J R Soc Med. 1995 Jan; 88: 20-30.
18. Björklund K, Bergström S, Nordström ML, Ulmsten U. Symphyseal distension in relation to serum relaxin levels and pelvic pain in pregnancy. AOGS. 2000 Apr; 79(4): 269-275.
19. Aggarwal S, Bali K, Krishnan V, Kumar V, Meena D, Sen RK. Management outcomes in pubic diastasis: our experience with 19 patients. J Orthop Surg Res. 2011 May; 17: 6:21.
20. Culligan P, Hill S, Heit M. Rupture of the symphysis pubis during vaginal delivery followed by two subsequent uneventful pregnancies. Obstet Gynecol. 2002; 100(5 Pt 2): 1114-7.