



Disrupción del pubis asociada a parto distócico en pelvis inmadura

Pubic disruption associated with dystocic delivery in immature pelvis

César Othoniel González Cancino,* Martín Ramos Gutiérrez[‡]

* Traumatólogo ortopedista, cirujano de pelvis; [‡] Traumatólogo ortopedista adjunto. Hospital «Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza», SSA. Chiapas, México.

Resumen

La disrupción del pubis durante el trabajo de parto es una lesión rara con frecuencia de 0.1-0.8%, por lo regular relacionada con pacientes primigrávidas de edad avanzada, existe poca evidencia reportada en pacientes jóvenes, pero prácticamente ninguna en edad pediátrica. En nuestro caso, se trata de paciente femenino de 15 años de edad que cursa embarazo a término con trabajo de parto distócico y con una pelvis esqueléticamente aún inmadura con disrupción de la sínfisis del pubis que condicionó inestabilidad rotacional del anillo pélvico, por lo cual hubo necesidad de tratarla quirúrgicamente. Al existir escasa literatura al respecto que unifique los criterios de manejo en este tipo de lesiones pélvicas que son producto del trabajo de parto, es imposible estandarizar protocolos de atención, por lo tanto, la mejor forma de manejarlos es ajustarse a lo establecido en pacientes con lesiones similares como resultado de traumatismos de otra índole. Nuestro objetivo es hacer un aporte a la bibliografía sobre esta rara entidad que sin duda está subdiagnosticada, evidenciar que podemos encontrarla en muchas mujeres en el postparto inmediato y que, aunque no sean necesariamente quirúrgicas, sí deben tratarse de manera correcta.

Palabras clave: fractura acetabular, fractura pélvica, inestabilidad pélvica, embarazo, rotura de la sínfisis púbica.

Abstract

Disruption of the pubis during labor is a rare lesion with a frequency of 0.1-0.8%, usually related to elderly primigravid patients, there is little evidence reported in young patients, but practically none in pediatric age. In our case, it is a 15-year-old female patient who is in full-term pregnancy with dystocic labor and with a skeletally immature pelvis, with disruption of the symphysis pubis that caused rotational instability of the pelvic ring, therefore which required surgical treatment. As there is little literature in this regard that unifies the management criteria for this type of pelvic injury that is a product of labor, it is impossible to standardize care protocols, therefore the best way to manage them is to adhere to what is established in patients with similar injuries. as a result of trauma of another nature. Our objective is to make a contribution to the bibliography on this rare entity that is undoubtedly underdiagnosed, to show that we can find it in many women in the immediate postpartum period and that although they are not necessarily surgical, they should be correctly treated.

Keywords: acetabular fracture, pelvic fracture, pelvic instability, pregnancy, pubic symphysis rupture.

Introducción

La sínfisis del pubis es una articulación catalogada como anfiartrosis, recubierta de cartílago hialino con un disco de fibrocartilago interpuesto; esta articulación tiene movimientos muy limitados y se encuentra sometida a un estrés importante durante el embarazo.¹⁻¹²

Las lesiones de pelvis y acetábulo durante el embarazo resultan ser una patología poco frecuente asociada a un alto índice de mortalidad en la madre (9%) y aún más en el feto (35%).²⁻¹⁹

Las causas más comunes de trauma durante el embarazo son los accidentes automovilísticos, atropellamientos, caídas y violencia física.³⁻¹⁵

Por lo regular la biomecánica en este tipo de lesiones corresponde a una compresión antero-

Correspondencia:

César Othoniel González Cancino

E-mail: drgonzalezcancino@gmail.com

Recibido: 12-06-2022. Aceptado: 29-11-2022.

Citar como: González CCO, Ramos GM. Disrupción del pubis asociada a parto distócico en pelvis inmadura. Orthotips. 2023; 19 (2): 108-112. <https://dx.doi.org/10.35366/110718>

posterior de la pelvis que conlleva a la disrupción del pubis; asimismo, a nivel de la articulación sacroiliaca es común encontrar lesionado el complejo ligamentario sacroiliaco anterior y preservado el sacroiliaco posterior.

Ahora bien, los cambios fisiológicos y hormonales que se presentan durante el embarazo tienen una gran injerencia en el anillo pélvico, que ocasionan la relajación de la sínfisis del pubis, ligamentos pélvicos y articulación sacroiliaca.⁴

Está demostrado que las diástasis del pubis de más de 4 cm durante el parto vaginal causa lesión de los ligamentos sacroiliacos anteriores, sacrotuberosos y sacroespinosos.¹⁸

La incidencia reportada de ruptura de la sínfisis del pubis después de un parto vaginal varía entre 1:300 partos y 1:30,000.²⁻¹⁹

Cuando esta lesión se presenta se describe como un dolor agudo y punzante sobre la sínfisis del pubis, que puede irradiarse hacia la articulación sacroiliaca, acompañándose de un sonido audible tipificado como un *crack*.

Este tipo de lesiones corresponden biomecánicamente a una compresión anteroposterior (APC) II o III de la clasificación de Young y Burgess.³⁻¹⁷

Normalmente, la tendencia en el manejo es que sea de forma conservadora con aplicación de *binders* o fajas pélvicas, reposo en cama, analgesia y terapia física. El tratamiento quirúrgico está reservado para aquellas pacientes con inestabilidad pélvica evidente, que se define como una lesión de más de 2.5 cm de la sínfisis del pubis,²⁰ o persistencia de la sintomatología, independientemente del tamaño de la diástasis púbica.

Existen trabajos como el de Rommens donde se manejaron tres pacientes con disrupción púbica al postparto con diástasis de 1.5 a 4 cm, que presentaban persistencia del dolor a pesar del tratamiento conservador, por lo cual se les realizó fijación interna con mejoría importante de la sintomatología posterior al evento quirúrgico.²¹

En este reporte de caso presentamos a paciente femenino de 15 años, quien tuvo un embarazo a término, con datos de una pelvis aún inmadura, la cual fue víctima de violencia obstétrica, con pérdida del producto y que tuvo una disrupción del pubis de más de 2.5 mm; resaltamos que si el manejo es controversial hoy día para este tipo de lesiones, lo es aún más en una pelvis con estas características. No encontramos ningún reporte en la literatura de algún paciente que cumpliera con la edad, lesión del anillo

pélvico asociada al parto, por tanto tomamos como directriz de manejo el dolor y el tamaño de la disrupción para proceder a realizar una reducción abierta y fijación interna de la lesión del pubis.

Presentación del caso

Paciente femenino de 15 años de edad, quien no contaba con algún antecedente de importancia, cursó su primer embarazo sin complicaciones médicas durante la gestación y, al llegar el término del mismo, fue manejada por una partera, acorde a sus usos y costumbres. Durante el proceso de alumbramiento se presentan complicaciones, aparentemente por desproporción cefalopélvica, por lo que fue sometida a múltiples maniobras que incluyeron las de tipo Kristeller en repetidas ocasiones, resultando finalmente en la muerte del producto, con sangrado de importancia, por lo cual es trasladada a nuestra unidad hospitalaria para tratamiento de urgencias de manera inicial por parte del servicio de ginecología con los siguientes laboratorios de ingreso: hemoglobina de 6.4 g/dl, hematocrito de 18.1%, leucocitos de 9,050 U/l, plaquetas de 97×10^3 U/l, glucosa de 109.26 mg/dl, urea de 43.01 mg/dl y creatinina de 0.77 mg/dl, quienes dan el manejo inicial y una vez hemodinámicamente estable, se nos solicita la valoración de la paciente por malestar y dolor importante a nivel de la región suprapúbica así como el hallazgo radiológico de lesiones del anillo pélvico a dicho nivel. De igual forma, en manera conjunta es valorada por parte del servicio de urología, quien determina sólo la presencia de lesión vesicouretral y decide dar manejo conservador con uso de sonda de Foley por un par de semanas.

A la exploración física se encuentra la presencia de separación palpable a nivel de la sínfisis del pubis, con dolor moderado, asimetría de miembros pélvicos, neurológicamente íntegra, la fuerza muscular se encuentra en 5/5 en la escala de Daniels, sensibilidad adecuada para los dermatomas y los reflejos osteotendinosos normales, no hay pérdida de tono en esfínter anal.

Radiológicamente, se detecta presencia de lesión a nivel de la sínfisis del pubis con una separación de 5.5 cm, se advierte falta de fusión a nivel de ambas crestas iliacas, de igual manera en la tomografía axial computarizada de reconstrucción se corrobora la lesión púbica y lesión a nivel de las articulaciones sacroiliacas en los ligamentos anteriores (*Figuras 1 y 2*).



Figura 1: Radiografía anteroposterior de pelvis donde observamos la lesión púbica y apreciamos un cartilago de crecimiento no fusionado en las crestas iliacas.



Figura 2: Tomografía de reconstrucción pélvica que corrobora la apertura de la sínfisis del pubis y la lesión de la articulación sacroiliaca anterior.

Motivo por el cual se procedió a iniciar manejo quirúrgico mediante la realización de una reducción abierta y colocación de dos placas DCP (placas de compresión dinámica) 3.5 mm de cinco y cuatro orificios en la superficie anterior y superior del pubis, respectivamente como medio para estabilizar el anillo pélvico. La lesión de la articulación sacroiliaca se manejó de forma conservadora (Figuras 3 y 4), no se presentó ninguna complicación en el transoperatorio y evolucionó de la misma manera durante su estancia hospitalaria.

Posterior a su egreso como paciente ambulatorio se valora a las dos semanas para retiro de puntos sin complicación alguna, posteriormente se revisa al mes, tres y seis meses; se observa a la paciente con una adecuada marcha bipodálica, independiente, sin dolor suprapúbico, manifestando la realización de todas sus actividades de la vida diaria sin molestia

o dificultad alguna (Figuras 5 y 6). Se da cita al año para su revaloración, pero debido a que la paciente vive en un lugar alejado, y a las características propias de la paciente, ésta no regresa más a la consulta y perdemos el seguimiento.

Discusión

Ante el caso de toda lesión pélvica de cualquier tipo, ya sea como producto de trauma de alta energía o no, siempre se debe valorar la estabilidad del anillo pélvico. Pauwels definió la estabilidad como menos de 2.5 cm de desplazamiento horizontal y menos de 1 cm de desplazamiento vertical bajo tensión.⁴ Con base en estos hallazgos optamos por llevar a cabo un manejo quirúrgico, considerando el dolor que presentaba la paciente aunado al grado de separación del pubis; estas dos situaciones son suficientes para justificarlo, y creemos que pueden ser la pauta para



Figura 3: Imagen durante el transoperatorio posterior a la colocación del material de osteosíntesis, donde apreciamos la reducción de la fractura.



Figura 4: Radiografía anteroposterior de pelvis de control a los tres meses de postoperada.

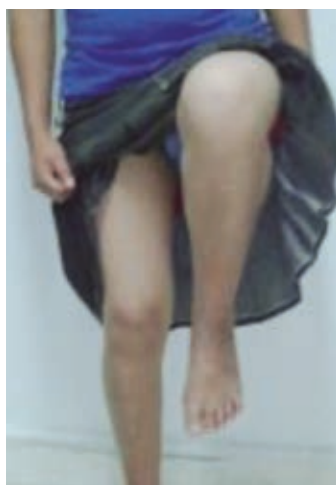


Figura 5:

Paciente deambulando y con adecuada movilidad a los tres meses de postoperada.



Figura 6:

Paciente con adecuada flexo-extensión a los tres meses de postoperada.

determinar una cirugía. Desafortunadamente por las características propias de la paciente, no pudimos tener un mejor seguimiento a largo plazo y de cómo podría repercutir esta situación en un nuevo embarazo o en su calidad de vida.

La frecuencia tan baja de esta lesión, pero sobre todo las características especiales que actúan sobre la pelvis durante el embarazo, ya que de manera natural y fisiológica existe una separación del pubis, atribuible a la acción hormonal como parte de la preparación del canal del parto, complica determinar o tener claro cuándo debemos optar por un manejo conservador o quirúrgico.^{7,10-13}

En cuanto al mecanismo de lesión, se tiene bien definido y sin duda éste fue el que nuestra paciente presentó, ya que la ruptura de la sínfisis del pubis durante el trabajo de parto es resultado de la aplica-

ción de fuerza en un punto posterior al pubis durante un parto difícil y al rápido descenso de la cabeza en el canal de parto, produciendo la lesión de los ligamentos púbicos, con conservación de los ligamentos sacroiliacos posteriores en la mayoría de los casos, teniendo como resultado una inestabilidad pélvica del tipo rotacional.^{15,16}

El manejo ha sido históricamente de forma conservadora en disrupciones púbicas no mayores de 2.5 cm; este manejo ha demostrado ser efectivo en la mayoría de los casos al favorecer la reducción de la diástasis púbica; durante las primeras seis semanas sólo con reposo en cama o con *binders* pélvicos.¹⁸

Hagen en 1974 reportó 23 pacientes, siendo el grupo más grande de pacientes de disrupción del anillo pélvico asociado a embarazo que se ha publicado, de las cuales ocho fueron tratadas quirúrgicamente, dos con artrodesis de la sínfisis púbica, cuatro con artrodesis de la articulación sacroiliaca y dos con ambos procedimientos, reportando evoluciones satisfactorias en las pacientes postoperadas con una buena calidad de vida.¹⁹

Kharrazhi y cols. recomiendan el manejo quirúrgico en pacientes con una apertura a nivel de la sínfisis del pubis mayor de 4 cm, ya que observaron una mala evolución en el manejo conservador de estas pacientes, ya que persistían con dolor crónico y nivel de insatisfacción elevado.²²

Hierzholzer reportó un caso en el cual la diástasis púbica era de 9 cm y se manejó con fijación interna del pubis y artrodesis de la articulación sacroiliaca, teniendo una adecuada evolución, pero en este caso la diástasis era muy importante y se tuvo que fijar el anillo pélvico anterior y posterior.²³

Con base en los pocos estudios publicados y el consenso que de ellos obtenemos, en los hallazgos clínico-radiológicos de las lesiones que presentaba nuestra paciente, el tipo de inestabilidad rotacional y ser una pelvis con inmadurez, decidimos realizar mediante un abordaje anterior utilizando la tercera ventana de Letournel, una artrodesis púbica con el uso de dos placas de 3.5 mm, pudiendo así estabilizar adecuadamente el anillo pélvico, sin dolor postoperatorio y con reintegración a la vida diaria.

Conclusiones

Los casos publicados en los últimos 40 años sobre este tipo de lesiones del anillo pélvico asociados al parto no sobrepasan la veintena, siendo la mayoría reportes de caso, por tanto, hasta el momento no es

posible estandarizar su manejo. De tal manera que la opción más viable es ajustarse a lo preestablecido en las guías de práctica clínica en las lesiones pélvicas como resultado de traumatismos de alta energía y así proponer el tratamiento más adecuado acorde a cada paciente y a las lesiones que presenta.

En este caso en particular, y debido a las características específicas de nuestra paciente en cuanto a la corta edad aunada al embarazo y a que radiológicamente la pelvis presentaba datos de no estar aún esqueléticamente madura, revisando la literatura hasta el momento no hemos encontrado un caso similar con dichas particularidades, razón que lo hace diferente del resto.

La paciente tuvo una adecuada evolución clínica, deambulando y retornando prácticamente a sus actividades habituales a las ocho semanas, sin complicaciones durante todo su seguimiento, por lo cual podemos considerar que el resultado obtenido puede calificarse como satisfactorio. En este punto podríamos establecer un tamizaje más específico en pacientes con dolor suprapúbico posterior al trabajo de parto, y a sabiendas de que cada vez es más frecuente la resolución del embarazo por vía de cesárea, sospechar alguna lesión púbica de importancia que amerite ser tratada, o al menos dar seguimiento, conocer más de esta patología en cuanto a frecuencia y tener líneas de manejo más claras.

Referencias

1. Sadler TW. Langman embriología médica. 11ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2009.
2. Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus: texto y atlas de anatomía. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2006.
3. Borg-Stein J, Dugan SA, Gruber J. Musculoskeletal aspects of pregnancy. *Am J Phys Med Rehabil.* 2005; 84 (3): 180-192.
4. Pedrazzini A, Bisaschi R, Borzoni R, Simonini D, Guardoli A. post partum diastasis of the pubic symphysis: a case report. *Acta Biomed.* 2005; 76 (1): 49-52.
5. Young J. Relaxation of the pelvic joints in pregnancy: pelvic arthropathy of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Br Emp.* 1940; 47: 493.
6. Freire Vila E, De la Iglesia López A, Del Corral Lorenzo C, Canedo Carballeira ME. Dolor pélvico en la embarazada. Disfunción de la sínfisis púbica. Revisión de la literatura. *Rev Soc Esp Dolor.* 2010; 17 (7): 321-325.
7. Jain N, Sternberg LB. Symphyseal separation. *Obstet Gynecol.* 2005; 105 (5 Pt 2): 1229-1232.
8. 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.
9. Leadbetter RE, Mawer D, Lindow SW. Symphysis pubis dysfunction: a review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2004; 16 (6): 349-354.
10. Kristiansson P, Svardsudd K, von Schoultz B. Serum relaxin, symphyseal pain, and back pain during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 175 (5): 1342-1347.
11. Smith MW, Marcus PS, Wurtz LD. Orthopedic issues in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2008; 63 (2): 103-111.
12. Dunivan GC, Hickman AM, Connolly A. Severe separation of the pubic symphysis and prompt orthopedic surgical intervention. *Obstet Gynecol.* 2009; 114 (2 Pt 2): 473-475.
13. MacLennan AH, MacLennan SC. Symptom-giving pelvic girdle relaxation of pregnancy, postnatal pelvic joint syndrome and developmental dysplasia of the hip. The Norwegian Association for Women with Pelvic Girdle Relaxation (Landforeningen for Kvinner Med Bekkenlosningsplager). *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997; 76 (8): 760-764.
14. Scicluna JK, Alderson JD, Webster VJ, Whiting P. Epidural analgesia for acute symphysis pubis dysfunction in the second trimester. *Int J Obstet Anesth.* 2004; 13 (1): 50-52.
15. Snow RE, Neubert AG. Peripartum pubic symphysis separation: a case series and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.* 1997; 52 (7): 438-443.
16. Bonnin M, Bolandard F, Storme B, Sibaud F, Rabishong B. Pelvic pain by acute symphysis pubis separation after vaginal delivery. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2006; 25 (6): 644-647.
17. Bagchi K, Uhl RL. Fixation of pubic symphyseal disruptions: one or two plates? *Orthopedics.* 2009; 32 (6): 427.
18. Kowalk DL, Perdue PS, Bourgeois FJ, Whitehill R. Disruption of the symphysis pubis during vaginal delivery. A case report. *J Bone Joint Surg Am.* 1996; 78 (11): 1746-1748.
19. Hagen R. Pelvic girdle relaxation from an orthopaedic point of view. *Acta Orthop Scand.* 1974; 45 (4): 550-563.
20. Hou Z, Riehl JT, Smith WR, Strohecker KA, Maloney PJ. Severe postpartum disruption of the pelvic ring: report of two cases and review of the literature. *Patient Saf Surg.* 2011; 5 (1): 2.
21. Rommens PM. Internal fixation in postpartum symphysis pubis rupture: report of three cases. *J Orthop Trauma.* 1997; 11 (4): 273-276.
22. Kharrazi FD, Rodgers WB, Kennedy JG, Lhowe DW. Parturition-induced pelvic dislocation: a report of four cases. *J Orthop Trauma.* 1997; 11 (4): 277-281; discussion 281-282.
23. Hierholzer C, Ali A, Toro-Arbelaes 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; 36 (11): E167-E170.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses