

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Diástasis traumática de pubis en gestante a término

Margarita Cueto Callejón^{a,*}, María Teulón González^a, Gonzalo Sánchez-Robles Hurtado^a,
Rafael Ballesteros Massó^b y Pilar Miranda Serrano^a

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

^b Servicio de Traumatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

Recibido el 17 de noviembre de 2008; aceptado el 29 de enero de 2009

Accesible en línea el 13 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Diástasis púbica
traumática;
Gestación;
Manejo

KEYWORDS

Diastasis;
Pubic symphysis;
Pregnancy;
Management

Resumen La diástasis traumática de la sínfisis del pubis durante la gestación es una complicación infrecuente aunque potencialmente grave para la madre y el feto que nos obliga a una vigilancia cuidadosa de la estabilidad hemodinámica de ambos y que precisa una actuación conjunta de obstetras y traumatólogos, en ocasiones emergente.

© 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Traumatic diastasis of pubic symphysis in a full-term pregnant

Abstract The traumatic diastasis of pubic symphysis during the gestation is a rare although potentially serious complication for the mother and the fetus and that forces us to a careful monitoring of the hemodinamic stability of both and that it needs a joint performance by obstetricians and orthopaedic surgeons sometimes emergent.

© 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Presentamos un caso clínico inusual en nuestras urgencias, la diástasis púbica postraumática en una gestante a término, que requirió un abordaje multidisciplinar y del que existen pocos precedentes publicados en la literatura científica.

Caso clínico

Paciente de 37 años, sin antecedentes clínicos de interés, primigesta, con curso de gestación normal, que acudió a urgencias a las 39 semanas de gestación, tras haber presentado un traumatismo pélvico directo al caer en abducción forzada en su domicilio (se resbaló cuando pisó un suelo mojado). Su estado general es bueno, aunque está postrada y presenta un dolor intenso en la pelvis que la impide caminar con normalidad.

En la exploración inicial se objetivó un hematoma vulvar importante que interesó a todo el labio mayor izquierdo y monte de Venus, extremadamente doloroso, e imposibilidad

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcueto.hflr@salud.madrid.org
(M. Cueto Callejón).



Figura 1 Radiografía simple de pelvis donde se visualiza un ensanchamiento evidente de la sínfisis púbica.

para deambular. El útero correspondió con amenorrea, tenía un tono normal; la exploración vaginal reveló un cérvix apenas modificado, bolsa íntegra y presentación fetal cefálica.

Se realizó un registro cardiotocográfico externo que fue tranquilizador y una ecografía obstétrica abdominal que confirmó un desarrollo fetal acorde con amenorrea y gestación a término.

La radiografía simple de abdomen mostró un ensanchamiento importante de la sínfisis púbica (7 cm) (fig. 1). La ecografía pélvica mostró una colección econegativa prevesical de 7 × 8 cm, compatible con un hematoma en dicha zona (probablemente contenido por la presentación cefálica del feto bien apoyada sobre la colección). Se solicitó una analítica básica de sangre y orina que resultaron normales (hemoglobina: 12,1 g/dl, sistemático de orina normal).

Ante el diagnóstico de diástasis severa de pubis en gestación a término, y dado que la paciente estaba hemodinámicamente estable, se decidió, de forma conjunta con el Servicio de Traumatología, la finalización de la gestación mediante una cesárea al día siguiente para planificar la intervención a realizar entre ambos servicios y de revisar la casuística similar, si la hubiese, publicada en la literatura científica. La intervención se proyectó de forma que primero se realizara la cesárea por el equipo ginecológico y a continuación se efectuara la fijación pélvica por el traumatológico.

Dado el potencial riesgo de sangrado intrapélvico, se mantuvo a la paciente en reposo absoluto, bien mediante analgesia y con control permanente de constantes vitales, diuresis con sondaje permanente y monitorización fetal. Durante este período, la paciente se mantuvo hemodinámicamente estable y el hematoma no progresó.

Aunque los parámetros vitales maternos permanecieron estables, el trazado cardiotocográfico fetal cambió y comenzó a mostrar una leve taquicardia y alguna deceleración con decalaje aislada (fig. 2). No se observó sangrado genital ni otros signos de desprendimiento placentario, pero ante la persistencia de dicho patrón se decidió reconsiderar la cesárea urgente ante el riesgo de pérdida del bienestar fetal. Se realizó una incisión de Pfannenstiel y se halló un gran hematoma que ocupaba el espacio de Retzius hasta labio mayor izquierdo y una diástasis palpable de sínfisis púbica. Al realizar la histerotomía, se halló un líquido amniótico sanguinolento sin *abruptio* evidente; nació un feto mujer de 3.064 g con una puntuación de la prueba de Apgar de 4/5 y pH de cordón de 7,11, que precisó reanimación neonatal de tipo III. La cesárea finalizó sin incidencias. Tras esta, se procedió al drenaje del hematoma y a la desinserción de los músculos rectos anteriores para acceder a la sínfisis y continuar con la fijación pélvica, realizando una osteosíntesis con dos placas ortogonales de reconstrucción pélvica (PF) (fig. 3).

El curso postoperatorio evolucionó favorablemente, aunque debido a la anemia moderada postoperatoria (hemoglobina 7,1 g/dl), la paciente precisó la transfusión de 3 concentrado de hemáties.

En el momento actual, tras más de 12 meses de evolución, la paciente realiza vida normal, practica ejercicio físico regularmente y no presenta secuelas. Asimismo, el recién nacido presentó una evolución favorable.

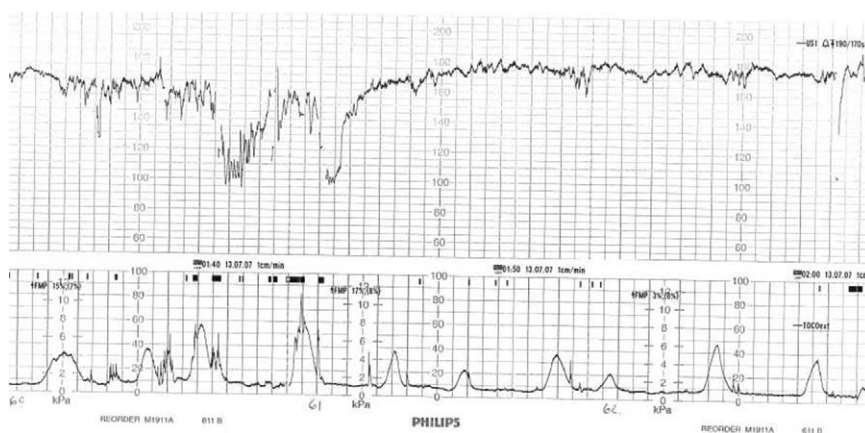


Figura 2 Trazado fetal no tranquilizador: leve taquicardia fetal y deceleraciones tardías.

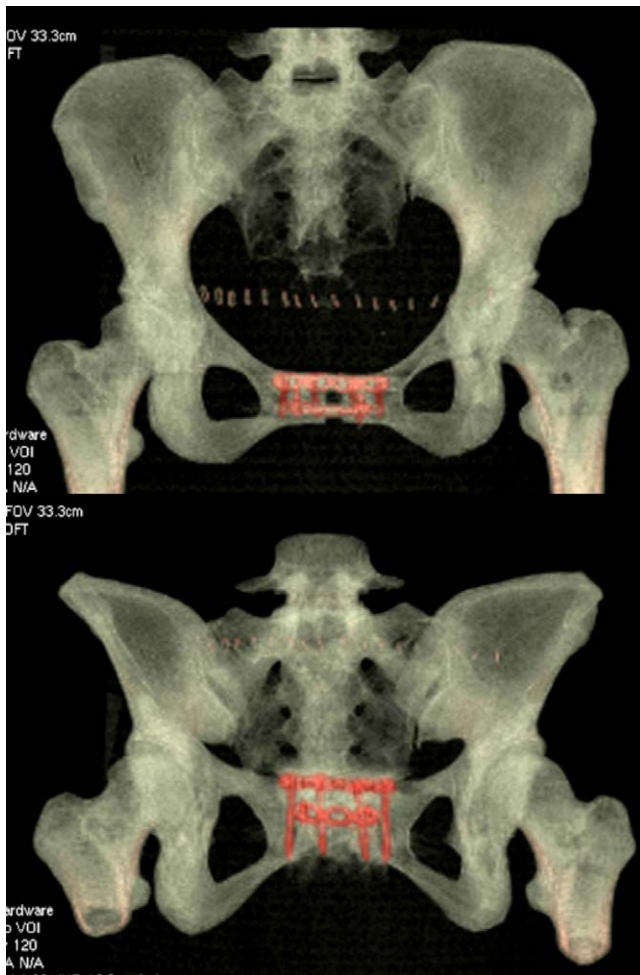


Figura 3 Comprobación de emplazamiento de placas osteosíntesis tras la cirugía.

Discusión

La separación traumática de la sínfisis del pubis es una complicación infrecuente de la gestación a término descrita en la literatura científica solo en 4 ocasiones. La potencial gravedad de las complicaciones asociadas, incluida la mortalidad materna del 9% y la mortalidad fetal de 35%¹, hace necesarias una vigilancia continua y una eventual actuación inmediata, como en el caso que nos ocupa.

Definición

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 rotura².

Incidencia

Reconocida en la literatura científica, la separación de la sínfisis del pubis > 10 mm como una complicación del embarazo y parto, la incidencia publicada varía desde 1:300 hasta

1:30.000, asociada a diferentes factores de riesgo comentados más adelante³.

En el caso de causa traumática, se describen 4 casos hasta 2005: 4 que se deben a trauma directo^{4,5} y un caso durante el mecanismo del parto que alcanzó los 9,5 cm de separación².

Etiología

La laxitud articular durante el embarazo se asoció al aumento de los valores de progesterona comienza alrededor de la 10 semana de gestación y es máxima cerca del término; se han documentado valores elevados de relaxina sérica en varios los textos publicados^{6,7}.

Además, existen factores asociados que favorecen la diástasis patológica y que concurren durante la gestación, como la multiparidad, la macrosomía o las anomalías articulares o conectivas previas o durante el parto, como el parto precipitado, la desproporción cefalopélvica, el uso de oxitocina durante la inducción, las contracciones uterinas intensas, la analgesia epidural, 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 púbico. La sínfisis del pubis está separada por un disco cartilaginoso reforzado por 4 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 ve alterado.

En ocasiones, también puede ir acompañado de la separación de la articulación sacroilíaca, sobre todo si la diástasis púbica supera los 4 cm.

El trauma ocurrido en el caso que nos ocupa se debió al mecanismo de golpe y contragolpe de la cabeza fetal contra la pelvis materna tras la caída en rotación externa y abducción forzada de ambas caderas.

Diagnóstico

Los signos patognomónicos de la fractura de la sínfisis del pubis son un dolor intenso a la presión de la sínfisis púbica, especialmente desencadenado cuando se presiona a la vez ambos trocánteres, y la imposibilidad de flexionar las caderas cuando las piernas están extendidas.

La confirmación diagnóstica se realiza por imagen radiológica y en ocasiones también puede usarse la ultrasonografía para la medición de la separación interpúbica.

Se estima que durante la gestación la separación patológica de la sínfisis del pubis es más frecuente de lo que se diagnostica; en algunas series³ se describen en 1: 569 embarazos cuando se hace un seguimiento durante 2 años buscando esta patología, estos síntomas pueden aparecer durante el parto o incluso 24-48 h tras el parto, sobre todo si se ha usado anestesia epidural.

Los síntomas característicos, además de los patognomónicos descritos previamente, pueden ser: dolor o hipersensibilidad suprapúbica que puede irradiarse a la cadera, las piernas o la espalda, hinchazón o edema, rigidez muscular antiálgica que, en casos extremos, remeda una seudoparálisis con dificultad para la bipedestación o la marcha. A veces se puede palpar la solución de continuidad en forma

de surco o ranura, tanto por vía abdominal como por vía vaginal, en las ramas pubianas. En ocasiones, la severidad de los síntomas no está relacionada directamente con el grado de separación, pero el tratamiento debe basarse en la clínica.

Es importante el diagnóstico de las complicaciones que, aunque poco frecuentes, son especialmente graves en el caso de las diástasis traumáticas. Estas incluyen: sangrado y hematoma vulvar o de Retzius, lesión vesical, lesiones de partes blandas, obstrucción urinaria, osteomielitis secundaria a infección ósea con fistulización posterior a la vagina o incluso muerte atribuida a embolia grasa⁸.

Tratamiento

El tratamiento conservador se recomienda en la mayoría de los casos de separación de sínfisis pubiana periparto. El tratamiento conservador se inicia con descanso en cama en decúbito lateral, soporte pélvico con férulas o cintas y asistencia en la deambulacion. El dolor se controla con antiinflamatorios no esteroideos, aunque excepcionalmente se pueden necesitar narcóticos o inyecciones intrasínfisis con combinación de hidrocortisona y lidocaína, y se describe en una ocasión el uso de anestesia epidural².

Habitualmente, la resolución de los síntomas tras el tratamiento conservador ocurre tras 6 a 8 semanas (con un rango que varía desde los 2 días hasta los 8 meses), sin secuelas en la mayoría de los casos. La reparación quirúrgica es necesaria en pocas ocasiones por recurrencia o persistencia de síntomas con fijación abierta para estabilizar la fractura³.

En el caso de la diástasis traumática se debe realizar simultáneamente a la extracción fetal por cesárea con reparación quirúrgica de la fractura utilizando fijación interna y, en ocasiones, como tratamiento urgente si existen complicaciones o riesgo materno o fetal manifiesto⁹.

La vía del parto recomendada es la abdominal, mediante cesárea por la dificultad y la imposibilidad en ocasiones del pujo y con posible agravamiento de los síntomas con los factores relacionados con el parto vaginal descritos previamente.

Las mujeres que han tenido separación de la sínfisis del pubis periparto tienen mayor riesgo de repetir los síntomas; sin embargo, los distintos autores no están de acuerdo en la realización de cesárea electiva en estos casos.

Conclusiones

La diástasis traumática de la sínfisis del pubis durante la gestación es una complicación infrecuente, aunque potencialmente mortal para la madre y el feto, y que nos obliga a una vigilancia cuidadosa de la estabilidad hemodinámica de ambos y que precisa una actuación conjunta de obstetras y traumatólogos, en ocasiones emergente.

El acceso mediante incisión de Pfannenstiel es apropiado, tanto para el acceso uterino como para la fijación de la sínfisis y para la reparación adecuada de la pared abdominal.

La separación de sínfisis periparto es un cuadro clínico infradiagnosticado que tiene un tratamiento conservador fácil y que nos puede condicionar la vía de finalización del parto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Leggon RE, Wood GD, Indek MC. Pelvis fractures in pregnancy: factors influencing maternal and fetal outcomes. *J Trauma*. 2002;53:796–804.
2. Jain N, Sternberg L. Symphyseal separation. *Obstet Gynecol*. 2005;105:1229–32.
3. Sow RE, Neubert AG. Peripartum pubis symphysis separation: a case series and review of the literature. *Obstet Gynecol*. 1997;52:438–43.
4. Mulla N. Fracture of the pelvis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1957;74:246–50.
5. Speer DP, Peltier LF. Pelvis fractures and pregnancy. *J Trauma*. 1972;12:474–80.
6. Crim MV, Moss SW. Pelvis diastasis. *Am Fam Physician*. 1987;35:185–6.
7. Kristiansson P, Svardsudd K, Von Schoultz B. Obstetric: serum relaxin, symphyseal pain, and back pain during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175:1342–7.
8. Kane R, Erez S, O'Leary JA. Symptomatic symphyseal separation in pregnancy. *Surg Gynecol Obstet*. 1967;124:1032–6.
9. Luger Elchanan J, Arbel R, Dekel S. Traumatic separation of the symphysis pubis during pregnancy: a case report. *J Trauma*. 1995;38:225.