

^bServicio de Gastroenterología, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^cServicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^dServicio de Radiología, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mvera@hsjdbcn.org (M. Vera Estrada).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.02.018

Arrancamiento de la espina iliaca antero-inferior: una lesión aguda durante la práctica deportiva

Anterior inferior iliac spinal tear: An acute injury during sport activity

Sr. Editor:

Las fracturas por avulsión o arrancamiento de las espinas iliacas se consideran lesiones estables del anillo pélvico, curan con reposo relativo y analgésicos, y tienen un tiempo de recuperación que oscila entre 3 semanas y 4 meses¹. Son lesiones con buen pronóstico, y solo se indica un tratamiento quirúrgico cuando el fragmento óseo se ha desplazado más de 2 cm de su posición original, o cuando se observa dolor y limitación del movimiento de la cadera por exóstosis. Estas fracturas ocurren por un desequilibrio entre la fuerza de tracción del músculo o tendón, y la resistencia del cartílago apofisario donde se insertan, siendo verdaderos autotraumatismos. Son observadas generalmente en adolescentes, edad en la que comienza el proceso de osificación de los centros apofisarios de la pelvis, y en forma concurrente, es más común que ellos se involucren en actividades deportivas de mayor energía e impacto². Los síntomas, la edad de presentación y el análisis biomecánico del accidente pueden sugerir una fractura por avulsión de alguna de las espinas

iliacas, pero la confirmación diagnóstica es a través de una exploración radiológica.

El caso que exponemos, tiene la presentación típica del arrancamiento de la espina iliaca antero-inferior (EIA-I), pero la lesión no fue evidente en la proyección antero-posterior de la cadera. Se trata de un joven de 13 años, sin antecedentes patológicos de interés, que se presenta a la consulta de pediatría con cojera de 2 h de evolución. Refiere un dolor a nivel de la región inguinal derecha de aparición súbita, justo cuando fue a golpear un balón de fútbol durante el recreo escolar; el dolor no se irradia, es de intensidad leve y está bien localizado. El estado general del paciente es bueno, no tiene fiebre ni padeció enfermedades infecciosas en días previos. La cadera derecha no presenta actitud en flexión ni rotación externa. Los movimientos activos están limitados por dolor, pero la flexión y rotación pasiva no tenían limitación del arco del movimiento. No se palpaba ninguna masa ni era evidente ningún hematoma superficial a nivel de la región inguinal derecha. El resto de la exploración física era normal. Se le solicitó una radiografía de cadera antero-posterior (fig. 1) en la cual no se observó ninguna lesión, y una axial derecha (fig. 2) que permitió llegar al diagnóstico de una fractura por avulsión de la EIA-I. Notar que la lesión en esa proyección fue evidente porque la técnica fue más oblicua que axial, tal como lo demuestra la asimetría de los agujeros obturadores. Se realizó una interconsulta a traumatología infantil, indicando reposo relativo, uso de muletas durante los primeros 15 días para reducir la carga del peso durante la



Figura 1 Radiografía antero-posterior de cadera. No se observa patología a nivel de la articulación coxofemoral.



Figura 2 Radiografía axial de cadera. Observe el arranque de la espina iliaca antero-inferior derecha.

deambulación, analgésicos, y reincorporación a la actividad física controlada a partir del primer mes de evolución. Expresamente se le indicó que evite la práctica de fútbol durante al menos 3 meses. Se le realizó el primer control clínico a las 2 semanas del traumatismo, y el paciente ya conseguía caminar y subir escaleras sin presentar molestias.

La avulsión de la EIA-I tiene como probable mecanismo de producción la tracción del recto anterior sobre su apófisis de

inserción (EIA-I), y el fútbol es el deporte que se asocia con más frecuencia a esta lesión. Se ha observado en otros deportes (tenis, atletismo, béisbol, y gimnasia deportiva), aunque en estos casos también habría que considerar la lesión de la espina iliaca antero-superior o la lesión de la tuberosidad isquiática³.

Algunos pacientes describen una sensación de estallido o rotura en el momento previo a la aparición del dolor, que en general les impide continuar con la práctica deportiva. También es posible palpar el fragmento óseo desprendido u observar un hematoma superficial, en especial cuando se fractura la espina iliaca antero-superior. El movimiento activo y la palpación exacerbaban el dolor, pero no hay ningún hallazgo al examen físico que sea patognomónico. Más bien, es importante que el médico tenga un alto índice de sospecha frente a un adolescente o adulto joven que se presenta con una clínica e historia similar, y solicite una proyección radiológica oblicua (alar) complementaria a la antero-posterior, para valorar especialmente las lesiones de la EIA-I.

Bibliografía

1. Atalar H, Kayaolu E, Yavuz O, Selek H, Uras I. Avulsion fracture of the anterior inferior iliac spine. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2007;13:322-5.
2. White KK, Williams SK, Mubarak SJ. Definition of Two Types of Anterior Superior Iliac Spine Avulsion Fractures. *J Pediatr Orthop B.* 2002;22:578-82.
3. Rossi F, Dragoni S. Acute avulsion fractures of the pelvis in adolescent competitive athletes: prevalence, location and sports distribution of 203 cases collected. *Skeletal Radiol.* 2001;30:127-31.

C. Ferrer Angelini^{a,*}, M. Clapés Puig^a, P. Rodríguez Mur^a y A. Compte Verdager^b

^a*Servicio de Pediatría, Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE), Barcelona, España*

^b*Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cferrer1@clinic.ub.es (C. Ferrer Angelini).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.05.012

Migración escrotal de una válvula ventrículo-peritoneal

Scrotal migration of ventriculoperitoneal shunts

Sr. Editor:

La derivación ventrículo-peritoneal es el tratamiento más frecuentemente empleado en la hidrocefalia en pacientes

pediátricos¹. Desde su introducción los sistemas de derivación han reducido drásticamente la morbilidad y mortalidad de la hidrocefalia, aunque debemos recordar que presentan un riesgo potencial de complicaciones que requieren un seguimiento del paciente a largo plazo². La población pediátrica presenta una incidencia mayor de complicaciones que la población adulta, estimándose una tasa de complicaciones del 24-47%^{2,3}.

Una de las complicaciones más frecuentes de las derivaciones ventrículo-peritoneales es a nivel inguino-escrotal. Se ha documentado una incidencia del 10 al 26,1% de complicaciones inguino-escrotales³. A pesar de su frecuencia, dentro