

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las distintas patologías que pueden actuar sobre cualquiera de los componentes de la cintura pelviana modifican la interrelación de todos los segmentos corporales.

PATOLOGÍAS TRAUMÁTICAS

FRACTURAS DE LA PELVIS

Mecanismo directo: sobre todo en accidentes, el agente traumático actúa sobre la región a la que lesiona.

Mecanismo indirecto: la lesión se produce a distancia.

Por arrancamiento: producida por una contracción muscular brusca e incoordinada, por ejemplo contracción brusca del recto anterior que puede fracturar la EIAI, la EIAS puede ser arrancada por el sartorio, o la tuberosidad isquiática por tracción de los isquiotibiales.

Las fracturas pueden ser:

- Estables (no se interrumpe la continuidad del anillo pélvico). Las fracturas estables pueden ser de la región anterior y posterior.
- Inestables (se interrumpe la continuidad del anillo pélvico).
- Mixtas.

Según su localización pueden ser:

- Fractura de la región anterior: Fractura rama iliopúbica, isquiopúbica, fractura de ambas ramas del pubis.
- Fractura de la región posterior: Fracturas del sacro, horizontales o verticales, fracturas de las alas ilíacas, horizontales o verticales.
- Fracturas mixtas: Afectan a la región anterior y posterior.
 - Fractura de Malgaigne: es una fractura de las dos ramas iliopúbicas y una rama isquiopúbica.
 - Fractura de Volemiere: fractura de ambas ramas horizontales del pubis y fractura del sacro.
 - Fracturas luxaciones mixtas de la pelvis: fractura de las ramas ilíacas e isquiopúbicas más luxación de la ASI.

LESIONES VASCULARES

La pelvis es una estructura ósea muy vascularizada, la irrigan las arterias: circunfleja iliaca externa, glútea superior e inferior, obturatriz y la pudenda interna.

Debido a esto la necrosis postraumática no es frecuente.

COMPLICACIONES DE LAS FRACTURAS O TRAUMATISMOS DE LA PELVIS

Cutáneas: heridas, contusiones.

Vasculares arteriales: aneurismas, fístula arteriovenosa, desgarro de pequeños vasos que generan hematomas, o de grandes vasos que generan shock hipovolémico.

Neurológicas: atrapamiento de los nervios ciático, crural, obturador, provocando parálisis de los músculos por ellos inervados.

Viscerales: la más frecuente es la patología traumática de vejiga y uretra, que se da en un 20% de los casos.

Lesiones asociadas: además de una patología traumática pelviana, el paciente puede presentar traumatismo de la cadera, columna torácica, que puede producir un shock hipovolémico y la muerte del sujeto.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS

En todo tipo de fracturas están contraindicadas las manipulaciones.

Fracturas por arrancamiento: reposo, analgésicos.

Fracturas estables: tratamiento conservador, reposo y analgésicos.

Fracturas inestables: tratamiento conservador, tracción, suspensión en hamaca.

Osteosíntesis fijadores externos o internos.

ENFERMEDADES DE LAS ARTICULACIONES SACROILÍACAS

ARTRITIS

- Características de las artritis: Es una sinovitis proliferativa y destructiva que evoluciona en brotes, seguidos por periodos de remisión. Permanece en actividad indefinida. El pronóstico funcional oscila entre severo y grave.
- Sintomatología
 - Dolor inflamatorio.
 - Aumenta con el reposo, disminuye con el movimiento.
 - Calor local, tumefacción matinal y rigidez dolorosa.
- Manifestaciones clínicas: Articulares y extraarticulares.
- Signos biológicos:
 - Muestran trastornos inmunitarios.
 - Valores de eritrosedimentación aumentados (paralelo a la evolución de la enfermedad).
- Factores reumatológicos: Waaler-Rose y Látex positivos.
- Signos radiológicos:
 - Son específicos. Se observan desmineralización en las epífisis, erosiones mínimas, pinzamiento articular (comparando con articulaciones adyacentes y del lado opuesto).
 - No existe osteoporosis periférica.
- Evolución: En brotes, con agravación, durante la evolución de los signos se hacen cada vez más evidentes, llegan a la destrucción y anquilosis con alteración de los ejes del hueso.
- Medicación: Retarda la evolución.

ARTRITIS PIÓGENAS O SÉPTICAS (OSTEOARTRITIS DE ORIGEN INFECCIOSO).

- Sintomatología: Dolor en reposo y durante el movimiento.
- Manifestaciones clínicas: La localización de la infección se encuentra en las partes blandas y óseas articulares.



- Origen: Puede ser por vía sanguínea, como consecuencia de una herida o de algún forúnculo. Las infecciones van a provocar necrosis y formación de secuestros que pueden conservar gérmenes latentes de reactivación posible.
- Lesiones óseas: Condrales, ligamentarias, que dominan el pronóstico de la enfermedad. La más frecuente de evolución aguda es la osteoartritis estafilocócica, luego la melitocócica y la brucelótica.

OSTEOARTRITIS TUBERCULOSA DE LAS ARTICULACIONES SACROILÍACAS

Aparece con mayor frecuencia en el hombre joven. Es unilateral.

- Sintomatología: Dolor y rigidez.
- Signos radiológicos: Ensanchamiento de la interlínea que se asocia a una condensación precoz periférica. Puede aparecer absceso a distancia. La diferencia con la artritis es que ésta es unilateral. Se debe hacer diagnóstico diferencial con la espondiloartritis anquilosante.

ESPONDILIARTRITIS ANQUILOSANTE O PELVIESPONDILITIS REUMÁTICA

- Etiología: Idiopática, heredofamiliar. Se presenta sobre todo en hombres jóvenes antes de los 50 años. A veces es la continuación de un síndrome de Fiessinger Leroy Reiter; a veces se integra a un cuadro reumático psoriásico.
- Evolución: Es lenta 10 a 20 años y en brotes, es ascendente por toda la columna, que se va rigidizando.
- Manifestación clínica:
 - Dolores glúteos lumbares o lumbosacro. Dolor en sacroilíaca y en el calcáneo.
 - La exacerbación dolorosa se da en la segunda mitad de la noche. Desaparece al levantarse. Reaparece a la noche por cansancio.
- Signos clínicos:
 - Rigidez vertebral (en especial en los movimientos de inclinación lateral del raquis).
 - Los músculos se tensan y realizan el signo de la cuerda del arco.
 - Discreta cifosis dorsal, disminución de la expansión torácica.
 - Pueden aparecer conjuntamente artritis de los miembros semejante a la poliartritis reumatoide.
- Signos biológicos: Valores de eritrosedimentación aumentados y que es paralelo a la evolución; la serología reumatoide es negativa.
- Rx:
 - Se debe buscar en las articulaciones sacroilíacas y en la charnela dorsolumbar. No afecta a los agujeros de conjunción. En la charnela dorsolumbar: aparece un sindesmofito que desciende verticalmente de una zona vertebral a otra, formando un puente óseo.
 - En las articulaciones sacroilíacas es bilateral; hay ensanchamiento de la interlínea por reabsorción subcondral, irregularidades de los contornos, condensación periarticular, áreas de desmineralización

en el seno de la condensación; bordes sacroilíacos desmineralizados, interlínea disminuida que luego desaparece por anquilosis.

- Signo precoz: en Rx. de perfil y del borde vertebral anterior (signo de Romanus) que le da forma de cuadrado a la vértebra.
 - Durante el transcurso de la enfermedad se produce anquilosis de las articulaciones sacroilíacas, en el raquis osificaciones subligamentarias que afecta a los contornos de la mayor parte de los discos que permanecen normales largo tiempo.
 - El raquis presenta la forma de caña de bambú. Los ligamentos interespinoso y amarillos se osifican; las articulaciones interapofisarias están desmineralizadas.
- Tratamiento
 - Por medio de medicación antiálgica y antiinflamatoria se retarda la evolución.
 - Buscar que las anquilosis se hagan en posiciones funcionales.
 - Diagnóstico diferencial con: enfermedad de Crohn, Síndrome de Reiter y artritis psoriásica en la cual el 70% de los pacientes tiene alguna forma de artritis inflamatoria que pueden ser: espondilitis y sacroileitis, poliartritis simétrica reumatoide, etc.

ARTRITIS REUMÁTICA SACROILÍACA

Puede ir acompañada de una espondilitis reumática, en este caso bilateral y anquilosante. Puede acompañar a una poliartritis crónica productiva, en ese caso no es anquilosante.

ARTRITIS SACROILÍACAS AISLADAS

Son enigmáticas; puede haber una base de osteoartritis anquilosante.

OSTEÍTIS CONDENSANTE DEL ILÍACO

Aparece en mujeres jóvenes, en general después del embarazo. Se presenta como una condensación triangular de la base del ilíaco. Sin erosión y sin participación sacra. Es fija, se modifica poco.

Síntomas: dolores lumboglúteos de tipo mecánico.

SÍNDROME DOLOROSO DE LA SACROILÍACA

Puede aparecer luego de un traumatismo. Etiología desconocida.

Síntomas: dolor a nivel de la sacroilíaca, en la parte superior del glúteo; se manifiesta también al juntar o separar las crestas ilíacas o durante al abducción o aducción de los miembros inferiores. Calma con el reposo, aumenta al estar sentado o parado, puede acompañarse con irradiaciones hacia la parte posterior del muslo. No presenta signos neurológicos.

ARTROSIS

Es una enfermedad mecánica local. Consiste en un deterioro del cartílago articular que se acompaña de una formación osteofítica marginal y una osteosclerosis en la zona del apoyo.

En esta zona de apoyo, se pueden observar cavidades con tejido fibroso que constituyen las geodas de hiperpresión.

El deterioro del cartílago puede ser primario o secundario.

- Síntomas: Dolor a la movilización, se calma con el reposo. Hidartrrosis (acumulación o derrame de líquido seroso adentro de una articulación.), limitación de los movimientos de la articulación afectada.
- Signos biológicos: Eritrosedimentación normal.
- Rx: Pinzamiento de la interlínea articular (por desgaste del cartílago), osteosclerosis periférica Engrosamiento de la lámina subcondral (reacción por hiperpresión); osteofitosis marginal. La artrosis Sacroilíaca: es muy rara, en general es un síndrome doloroso. El diagnóstico se hace con Rx lumbopélvica de frente, posteroanterior y anteroposterior.
- Evolución: Lenta y progresiva.
- Tratamiento: Sintomático.

ENFERMEDAD DE PAGET

- Características: Es una remodelación excesiva y anárquica del tejido óseo que provoca desorganización completa de la estructura de los huesos interesados.
Al principio sigue la dirección de las líneas de fuerza, sin sistematización (la diferencia entre la cortical y la médula ósea desaparece). Es una patología diseminada. Puede manifestarse en huesos largos, cortos y planos. Los huesos más afectados son: pelvis, vértebras, tibia, fémur y cráneo.
- de la enfermedad: Aproximadamente a los 50 años. Puede ser asintomático o presentar dolor y deformidad ósea, artritis degenerativa, déficit neurológico por compresión de las raíces nerviosas (puede provocar sordera).
- Rx: La pelvis es la localización más frecuente, presenta un aspecto algodonoso (hay que hacer diagnóstico diferencial con cáncer de próstata).
- Signos característicos: Protrusión acetabular (se hunde hacia la pelvis). Engrosamiento de la cortical (a nivel del agujero obturador y de la línea innominada). La interlínea articular se respeta.
No hay osteofitosis. En los ilíacos, si hay hundimiento general, da la forma de carta de corazón. El pinzamiento articular tardío puede ser global.
- Signos biológicos: Hiperactividad ósea, la fosfatasa alcalina refleja la actividad osteoblástica; Puede estar aumentada de 5 a 10 veces la cifra normal. La hidroxiplorinuria aumentada es testimonio de la actividad osteoclástica y la modificación del colágeno óseo.

PATOLOGÍA DE LA SÍNFISIS PÚBLICA

OSTEÍTIS PÚBLICA

Es una reacción inflamatoria que desborda las ramas isquiopúbicas. La osteítis pubis representa una inflamación no infecciosa de la sínfisis púbica causando grados variables de dolor abdominal y de pelvis inferior.

- Etiología: Microbiana infecciosa. La causa más frecuente es post-operatoria, en la pelvis menor particularmente en afecciones urológicas, en periodo infeccioso o digestivo.
- Cuadro clínico: Después de una cirugía, dificultades al andar, molestia funcional.
Molestia funcional y dolor al andar. Dolor suele ser bilateral, que se puede irradiar al periné.
- Rx:
 - Aparecen manifestaciones a los 15 o 30 días de comenzada la patología.
 - Se observan irregularidades en el borde del pubis, ensanchamiento del espacio articular e irregularidades en el borde articular, erosiones púbicas, desmineralización alrededor del pubis.
- Tratamiento: Antibióticos asociados a antiinflamatorios. Su diagnóstico es difícil, puede presentarse como una pseudocoxopatología o acompañar a afecciones sacroilíacas.

LIBRO DE REFERENCIA:

- Ricard F. Tratamiento osteopático de las lumbalgias y lumbociáticas por hernias discales. 2ª ed. Madrid: Medos; 2013
- Porth CM. Fundamentos de fisiopatología. 3ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer Heath España; 2011
- Naranjo Hernández, Antonio, Manual de reumatología clínica. 1ª Ed. Serv. Pub. Y Dif. Cient. De la UPGC. 1999. Las Palmas Gran Canaria.