

# LA FRACTURA DEL SALTADOR SUICIDA

LUIS DAVID GUZMÁN MELÉNDEZ, ELENA CABEZA MORENO, ALESSANDRO CAMAGNA, MÓNICA IZQUIERDO FERNÁNDEZ-LADREDA.

## OBJETIVOS

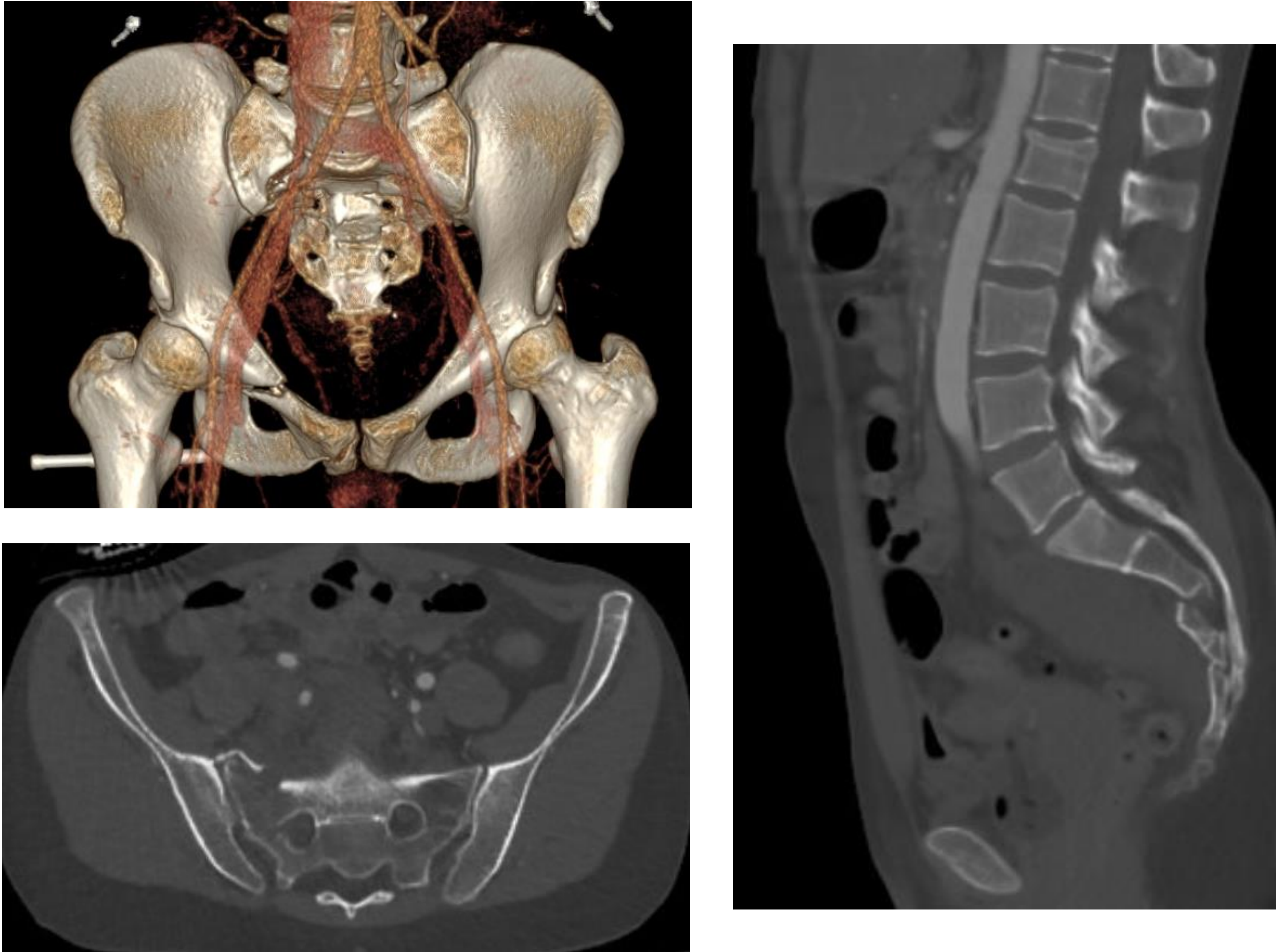
Describir una patología poco frecuente, el mecanismo de producción y las ventajas del tratamiento quirúrgico.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 33 años, en seguimiento por Psiquiatría, quien posterior a consumo de alcohol y otras sustancias, decide saltar desde ventana de domicilio de 7 metros de altura.

Ingresa a Urgencias Hospitalarias con protocolo ATLS, en donde evidencian en TC pélvico: fractura conminuta del ala sacra derecha con afectación de la articulación sacrococcígea, fractura simple del ala sacra izquierda, alcanzando ambas fracturas los forámenes sacros S1-4 bilateral, con angulación anterior de vértebras S3-4 (Denis III, trazo en U, Roy-Camille modificada II). Asociando fractura de pubis, rama iliopubiana e isquiopubiana derechas.

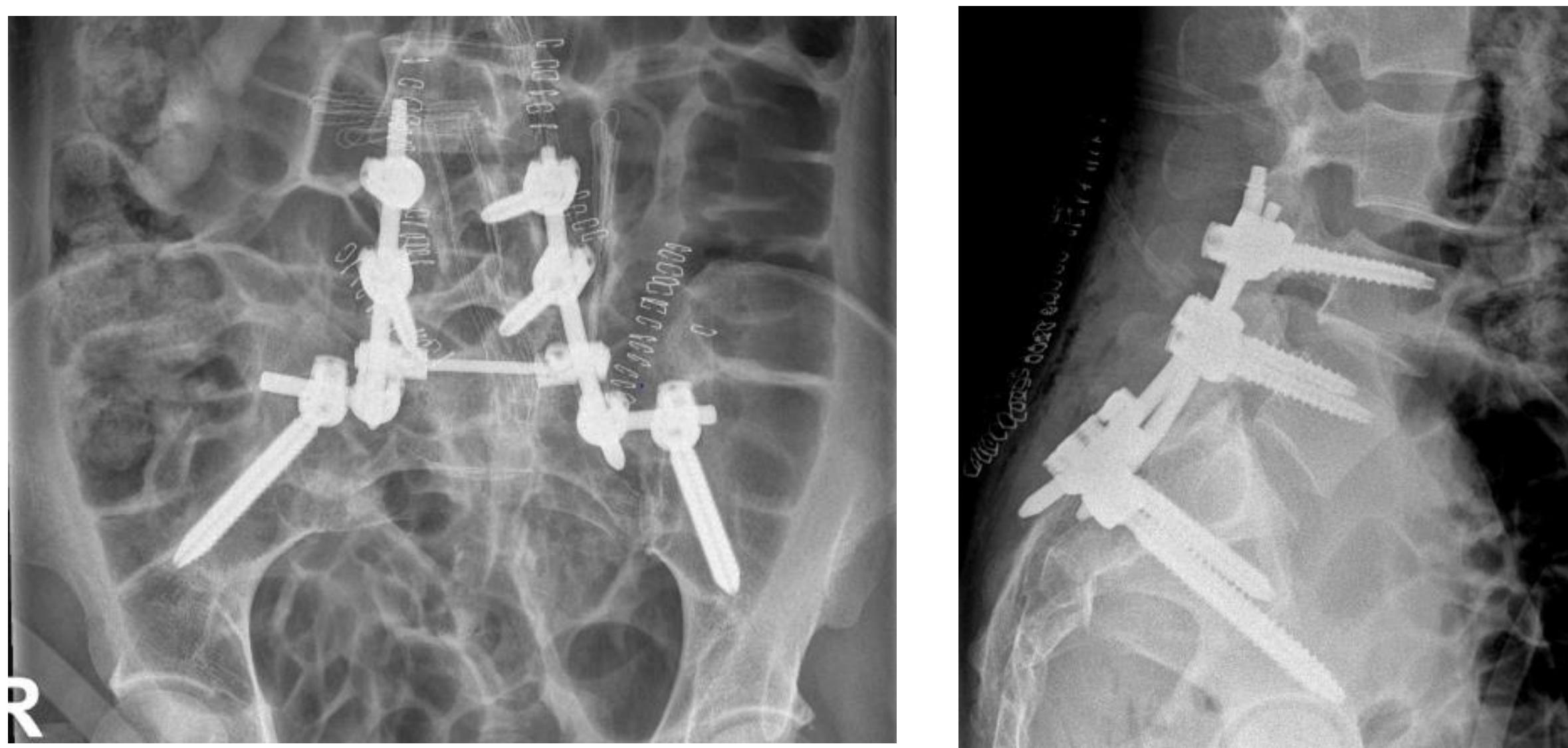
Escala neurológica de Gibbons grado 1 (sin lesión neurológica).



## RESULTADOS

Al 7º día de ingreso, tras optimización de paciente, se realiza intervención quirúrgica. Mediante abordaje posterior directo se realiza reducción cerrada y fijación percutánea de fracturas de alas sacras. Posteriormente, se lleva a cabo la fijación vertebral de L4-S1 con tornillos pediculares lumbares, barras laterales monoaxiales y conector transversal multiaxial entre ambas. Se comprueba estabilidad bajo escopia.

Paciente con adecuada evolución postoperatoria e inicio de deambulación precoz.



## CONCLUSIONES

La disociación espino-pélvica es una entidad poco frecuente. Se define como fractura del sacro que combina un trazo transversal con trazos sagitales en ambas alas sacras, provocando una separación mecánica entre el raquis y la pelvis. El mecanismo de producción es por compresión axial tras traumatismos de alta energía, como precipitación por intención autolítica, accidente de tráfico, aplastamiento o incluso arma de fuego.

Se debe realizar siempre una exploración neurológica detallada de las raíces lumbares y sacras, complementada por el estudio radiológico según la clínica.

El tratamiento conservador se reserva para pacientes con comorbilidades graves. Mientras que el tratamiento quirúrgico es el de elección, para la descompresión de elementos nerviosos según el grado de afectación neurológica, y la reducción y estabilización de la disociación.