

# Formación de exostosis tras avulsión traumática de la espina ilíaca anterior inferior

G. GARCÉS MARTÍN, C. GARCÍA CUYAS y O. LEÓN JABER

## RESUMEN

Presentamos un paciente con una gran exostosis dependiente de la espina ilíaca antero inferior formada a consecuencia de una avulsión traumática de la misma ocho años atrás.

Descriptorés: Fracturas por avulsión, exostosis traumática.

## SUMMARY

We present one case about a patient with a large exostosis from anterior inferior iliac spine. This osseus bar appeared after a fracture eight years ago.

Key words: Avulsion fractures, traumatic exostosis.

## Introducción

Las fracturas por avulsión en la pélvis representan, según OGDEN (5), la causa más frecuente de lesiones osteo-condrales en esa zona durante la adolescencia. El mecanismo de producción es, en la mayoría de los casos, una contractura brusca de la musculatura que inserta en los distintos accidentes anatómicos del anillo pélvico y debido al grosor del periostio suelen acompañarse de un mínimo desplazamiento del fragmento óseo.

Las zonas de localización van a ser la cresta ilíaca debido a la contracción de los oblicuos, transverso y dorsal ancho y la tuberosidad isquiática por acción de los isquiotibiales; sin embargo, en ambos casos es más común que estas fracturas se produzcan por golpe directo (5, 2). Contrariamente, las que afectan a ambas espinas ilíacas van a ser casi siempre por un desmesurado tirón de los músculos que en ellos se insertan, tensor de la fascia lata y sartorio en el caso

de la superior y recto anterior en el de la inferior (2, 5).

Clínicamente suelen debutar con dolor brusco en el área afectada, con impotencia funcional que puede ser marcada o moderada (2, 5). Un gran problema lo representa el diagnóstico radiológico debido a la tardanza en la aparición del centro de osificación en algunos de estos puntos (5). El tratamiento aconsejado suele ser el reposo en cama durante pocas semanas con retorno progresivo a la actividad normal y si existe marcado desplazamiento la fijación quirúrgica (2, 5, 7).

Paciente de veintidos años que acude a nuestra consulta por presentar una tumoración en ingle izquierda, de varios años de evolución, que dificulta la actividad deportiva y limita la flexión por despertar dolor. Entre sus antecedentes personales se encuentra el haber sufrido ocho años atrás un dolor brusco en esa ingle tras golpear fuertemente un balón de football y que le obligó a guardar cama unos días.

La exploración demuestra una masa dura en región inguinal derecha, no desplazable, adherida

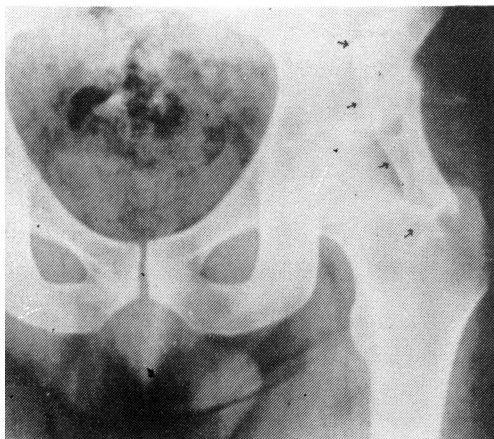


FIG. 1.—Radiografía de la pelvis del paciente donde puede observarse la gran exostosis que parte de la espina iliaca anteroinferior (flechas).

al plano óseo de la pelvis por debajo de la espina iliaca antero-superior, de la que parte el tendón del músculo recto anterior. La movilidad es completa pero dolorosa en los últimos grados de la flexión y rotación interna. La fuerza muscular es normal pero algo disminuida la flexión de la cadera con respecto al miembro contralateral.

Radiológicamente se aprecia una exostosis que parte desde la espina iliaca anteroinferior en sentido antero-distal. El estudio gammagráfico demuestra que no hay captación anómala en la actualidad.

Ante la insistencia del enfermo es intervenido extirpándose la exostosis, de once por tres centímetros, que efectivamente está unida a la zona de la espina citada y en la que se comprueba la inserción del músculo recto anterior.

### Discusión

El desplazamiento que tiene lugar tras una fractura por avulsión de las espinas ilíacas suele ser moderado (5, 2). Esto hace que la mayor parte de autores coincidan en que casi siempre basta con el reposo en cama unas semanas como tratamiento (2, 5, 7). En raras ocasiones, puede haber una traslación mayor del fragmento óseo por la con-

tracción muscular y dar lugar a marcada insuficiencia (5).

Como rara complicación de este tipo de fracturas se ha descrito la formación de exostosis secundarias. Así, HAMSA (3) publica un caso de avulsión de la espina iliaca anterosuperior que llevó a la producción de una larga barra ósea que se extendía por debajo de la pelvis. IRVING (4) relata dos casos de formación de pequeñas exostosis tras avulsión traumática de la inferior. No obstante, los arrancamientos en esta localización son mucho menos frecuentes que en cualquier otra zona de la pelvis (1, 5, 6, 8).

Nuestro caso representa tan sólo una curiosidad científica si tenemos en cuenta su escasa frecuencia de presentación y las mínimas repercusiones que sobre la actividad del paciente tiene. Sin embargo, nos parece interesante reseñarlo para que se piense en esta posibilidad en el momento de valorar las avulsiones traumáticas de las espinas ilíacas y su modo de tratamiento.

### BIBLIOGRAFÍA

1. CORLETT, C. (1925): Fracture of the anterior inferior spine of the illium. *Med. J. Aust.* 2: 682.
2. GOMAR, F. (1980): *Traumatología*. Valencia. Fundación García Muñoz, pp. 430-431.
3. HAMSA, W. (1957): Epiphyseal injuries about de hip joint. *Cli. Orthop.* 10: 119.
4. IRVING, M. (1964): Exostosis formation after traumatic avulsion of gye anterior inferior iliac spine. *J. Bone Joint Surg.* 46-B: 720.
5. ÖDGEN, J. (1982): *Skeletal injury in the child*. Philadelphia. Lea and Febiger, pp. 440-441.
6. ROWE, C. and LOWELL, J. (1961): Prognosis of fractures of the acetabulum. *J. Bone Joint Surg.* 43-A: 30.
7. TACHDJIAN, M. (1976): *Ortopedia pediátrica*. Méjico Interamericana, pp. 1725-1727.
8. WEITZNER, I. (1935): Fracture of the anterior superior spine of the illium in one case and anterior inferior in another case. *A.J.R.* 33: 39.