

# Arrancamiento de cresta ilíaca: a propósito de un caso

CARMEN PORCAR, LLUIS TIL,  
RAMON OLIVÉ

Unitat Assistencial  
Centre d'Alt Rendiment  
Consorti Sanitari de Terrassa  
Sant Cugat del Vallès

CORRESPONDENCIA:  
Carmen Porcar  
Centre d'Alt Rendiment  
Avda. Alcalde Barnils s/n  
Sant Cugat del Vallés  
(08190)  
Tel.: 93 589 15 72

**RESUMEN:** Se presenta un caso de arrancamiento de cresta ilíaca. Se expone su evolución y el tratamiento, así como una breve revisión del mecanismo de producción.

## CASO CLINICO:

■ Hombre de 17 años, yudoka, sin antecedentes patológicos de interés.

Durante un combate, realizando una acción técnica llamada Ippon-seoinage (en la imagen la posición del deportista está marcada con una flecha), nota un dolor agudo al nivel de la cadera derecha y cae al suelo. Presenta dolor en la presión a nivel anterior de la cresta ilíaca, en la movilidad de la pierna derecha y en la abducción resistida. Adopta una actitud antiálgica de flexión de cadera. El dolor impide la deambulación.

Figura I



Se practican radiografías antero-posteriores y axiales de pelvis, en las que se aprecia un **arrancamiento del tercio anterior de cresta ilíaca derecha**, con separación de la parte posterior. En la cresta ilíaca izquierda no se observa esta imagen.

## CASO CLÍNICO

### Radiografía postlesional inmediata

- Desplazamiento mínimo del núcleo epifisario, acompañada de un pequeño trazo vertical que atraviesa la fisis.
- El deportista tiene un Índice de Risser de 5.

Figura II



En las radiografías posteriores no se producen modificaciones importantes.

**Tratamiento:** el dolor obligó a permanecer encamado los primeros días, permitiendo la deambulación con muletas, que se retiraron en el momento en que la marcha no fue dolorosa (tres semanas). Se administró medicación antiálgica i antiinflamatoria.

Está contraindicado el masaje local y la reeducación muscular activa antes de la 6ª semana.

Se realizó una radiografía de control a la semana, comprobando que no hubiera desplazamiento de la fractura, y otra radiografía a los treinta y cinco días, en la que se apreció que aún persistía la separación de la fisis, aunque la sintomatología casi había desaparecido. Está descrito que esta separación desaparece en todos los pacientes al finalizar la maduración esquelética. Courroy remarca la importancia de la exploración y la sintomatología clínica en el seguimiento evolutivo de la lesión por encima de la radiología.

El deportista inició el ejercicio físico controlado a las seis semanas de la lesión. No debe permitirse la competición antes de los tres meses desde el momento de producirse la lesión.

El pronóstico es la restitución "ad integrum", sin secuelas.

### MECANISMO DE PRODUCCION DE LA LESIÓN

Los músculos responsables de la lesión son los que se insertan en la parte anterior: el oblicuo del abdomen, el tensor de la fascia lata y el glúteo medio.

La lesión se produce por una contracción abdominal brusca, súbita y opuesta al tensor de la fascia lata y al glúteo medio, con la pierna fija o apoyada en el suelo. Es una lesión descrita en corredores. Karlin escribe que un factor desencadenante es un cambio súbito de dirección durante la carrera. En los corredores es más común que se presente con una lesión de sobrecarga, dando como resultado una avulsión aguda o subclínica de la fisis.

En general, es una localización excepcional de los arrancamientos fisarios

que sólo se encuentra antes de la osificación de la fisis, entre los 12 y los 16 años. Debemos tener precaución al valorar las radiografías ya que esta región tiene sus peculiaridades. Los adolescentes presentan anomalías radiográficas en la cresta ilíaca, pueden encontrarse discontinuidades entre la parte media y el tercio posterior. Este encuentro es bilateral en todos los casos y desaparece en acabar la maduración ósea.

### Bibliografía

- 1 KARLIN LI. *Injuries to the hip and pelvis*. En J.A. Nicholas, E.B. Hershman, editors. The lower extremity and spine in sports medicine. Volume two. St. Louis: Mosby, 1995 1277-1305.
- 2 COURROY JB. *Arranchements du bassin*. En Rodineau J, Simon L, editors. Microtraumatologie du sport et surmenage articulaire. Paris: Masson, 1987 154-162.

Figura III

