

CASO CLÍNICO

CASE REPORT

1. Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Venezuela
 - a. Especialista en Ginecología y Obstetricia
 - b. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en Ginecología y Obstetricia

Declaración de aspectos éticos

Reconocimiento de autoría. Todos los autores declaramos que han realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando.

Responsabilidades éticas. Protección de personas. Los autores declaramos que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaramos que han seguido los protocolos del Hospital Central "Dr. Urquinaona" sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores hemos obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento. Los autores certificamos que no han recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Recibido: 5 abril 2019

Aceptado: 10 junio 2019

Publicación online: 14 noviembre 2019

Correspondencia:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil

📍 Hospital Central "Dr. Urquinaona".
Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

☎ 584162605233

✉ sippenbauch@gmail.com

Citar como: Rondón-Tapia M, Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D. Diástasis de la sínfisis púbica posparto. Reporte de caso. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(4):545-548. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2214>

Diástasis de la sínfisis púbica posparto.

Reporte de caso

Postpartum pubic symphysis diastasis.

Case report

Marta Rondón-Tapia^{1,a}, Eduardo Reyna-Villasmil^{1,b}, Duly Torres-Cepeda^{1,b}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2214>

ABSTRACT

Pubic symphysis diastasis is rare in normal vaginal delivery. Etiology is not clear but it is associated with multiparity, macrosomia, physiological joint loosening and excessive force on the pubic area. Symptoms include pain around the pubic symphysis, hips, groin, lower abdomen and inner thighs, as well as tenderness over the area. Imaging shows distance between pubic bones. Management varies from case to case and outcomes are scarcely known. Delayed diagnosis has health implications for the woman in the short and long term. We report a case of postpartum pubic symphysis diastasis. An 18-year-old woman presented lacerating pain in the pubic area in the second day of the postpartum period, after a pregnancy of normal evolution and a spontaneous vaginal delivery, with a term live newborn and no apparent complications. On physical examination, we found moderate pain in the pubic region, which interfered with walking and active movements of the lower limbs. A supine anteroposterior x-ray of the pelvic area showed abnormal diastasis of the pubic symphysis of approximately 25 millimeters long, without bone nor congenital anomalies. Conservative treatment led to recovery three months later.

Key words: Pubic symphysis diastasis, Pregnancy complications

RESUMEN

La disrupción de la sínfisis púbica después de un parto vaginal normal es rara. La etiología no es clara, pero se asocia con multiparidad, macrosomía, debilitamiento fisiológico de la articulación y fuerza excesiva en el área púbica. Los síntomas incluyen dolor cerca de la articulación púbica, caderas, ingle, parte inferior del abdomen y parte interna de los muslos, acompañada de sensibilidad del área. Los estudios por imágenes muestran la distancia entre los huesos púbicos. El manejo médico es variable y los resultados potenciales todavía son poco conocidos. Sin embargo, el retraso en el diagnóstico tiene graves consecuencias para la salud de la mujer en forma aguda y a largo plazo. Se presenta un caso de diástasis de la sínfisis púbica posparto. Se trata de mujer de 18 años que presentó dolor lacerante en el área púbica durante el segundo día del puerperio. Tuvo embarazo de evolución normal y parto vaginal espontáneo, a término, con recién nacido vivo y sin complicaciones. En el examen físico se encontró dolor moderado en la región del pubis que interfería con la marcha y los movimientos activos de los miembros inferiores. La radiografía pélvica anteroposterior en posición supina mostró diástasis anormal de la sínfisis púbica de aproximadamente 25 milímetros de extensión, sin otras anomalías óseas o congénitas. Se recomendó tratamiento conservador, con recuperación a los 3 meses.

Palabras clave. Diástasis de la sínfisis pubiana, Embarazo.

INTRODUCCIÓN

La sínfisis púbica es una articulación de la línea media anterior de la pelvis, no sinovial, anfiartroïdal, fibrocartilaginosa, que conecta las ramas púbicas superiores. Está reforzada por cuatro ligamentos: superior, inferior, anterior y posterior. El disco cartilaginoso interpúbico y el ligamento púbico anterior son las estructuras más importantes que mantienen la estabilidad⁽¹⁾.

La disrupción de la sínfisis púbica posparto es la diástasis de la articulación, sin fractura. A menudo se asocia con dolor significativo y discapacidad durante períodos prolongados después del parto. Puede ocurrir al final del embarazo, durante o después del parto⁽²⁾. Los factores de riesgo incluyen macrosomía fetal, segunda fase rápida del parto o parto precipitado, patología pélvica previa o traumatismo del anillo pélvico, multiparidad y parto instrumental con uso de fórceps⁽³⁾. Se presenta el caso de diástasis de la sínfisis púbica posparto.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente de 18 años, con antecedente de embarazo de evolución normal y parto vaginal espontáneo sin complicaciones, a término, con recién nacido vivo masculino de 3 200 gramos. Refirió durante el segundo día de puerperio dolor lacerante en el área púbica, de inicio súbito, de intensidad moderada a fuerte, que empeoraba con la deambulaci3n y mejoraba con el reposo en cúbito supino y con el uso de analgésicos. La paciente negó antecedentes de enfermedades crónicas, cirugías o traumas.

Al examen físico, la paciente medía 180 centímetros y pesaba 70 kilogramos. Los parámetros cardiovasculares estaban dentro de límites normales. Se encontró edema moderado de vulva, sin evidencia de sangrado vaginal anormal, y la episiorrafia no mostraba signos de inflamaci3n o infecci3n. No se observó dificultad para la micci3n. La palpaci3n reveló dolor moderado en la regi3n del pubis, en la que se palpaba un espacio de aproximadamente 3 centímetros entre los bordes superolaterales de los huesos púbicos. El dolor interfería con la marcha y los movimientos activos de ambos miembros inferiores. También se halló crepitaci3n en el área púbica durante la marcha, parestesia en ambas piernas después de estar sentada o parada por períodos prolon-

gados. La fuerza motora y los reflejos osteotendinosos profundos en ambos miembros inferiores estaban conservados.

Se consultó al servicio de ortopedia, que solicitó radiografía pélvica anteroposterior en posici3n supina, en la que se observó disrupci3n anormal de la sínfisis púbica de aproximadamente 25 milímetros de extensi3n (figura 1), sin otras anomalías óseas o congénitas, por lo que se diagnosticó diástasis de la sínfisis púbica posparto. Las imágenes de tomografía computada confirmaron los hallazgos (figura 2). Debido a los

FIGURA 1. RADIOGRAFÍA PÉLVICA ANTEROPOSTERIOR EN POSICI3N SUPINA, EN LA QUE SE OBSERVA LA DIÁSTASIS DE 25 MILÍMETROS DE LA SÍNFISIS PÚBLICA.



FIGURA 2. IMÁGENES DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA QUE CONFIRMAN EL DIAGNÓSTICO.





hallazgos clínico-radiológicos y dada la estabilidad del anillo pélvico, se recomendó tratamiento conservador con reposo en cama, almohadas pélvicas, analgésicos, fisioterapia y tromboprotaxis. El dolor disminuyó durante las siguientes seis semanas. La paciente recuperó la capacidad para deambular sin asistencia, sin dolor durante la movilización y el descanso, tres meses después del parto. Aún continúa en seguimiento ambulatorio por el servicio de ortopedia, con estudios radiográficos periódicos, que demuestran la reducción de la disrupción púbica a solo 5 milímetros, después de 6 meses.

DISCUSIÓN

La progesterona, la relaxina y el estrógeno hacen que los tejidos conectivos de los ligamentos de la sínfisis púbica y de otras articulaciones se relajen durante el embarazo, permitiendo que respondan al estrés mecánico. La relajación de la sínfisis púbica es secundaria a cambios en la matriz extracelular, necesarios para el parto⁽⁴⁾. Sin embargo, la relación entre las concentraciones hormonales y la laxitud articular durante el embarazo es poco clara. El aumento de la laxitud de las articulaciones durante el embarazo no se correlaciona con las concentraciones séricas de esas hormonas⁽⁵⁾.

En líneas generales, la diástasis de la articulación púbica no debe exceder de 8 milímetros en adultos, no gestantes, o 10 milímetros en niños⁽⁶⁾. Una ligera ampliación de estos valores es común durante el embarazo, llegando a un valor máximo de 10 milímetros. Este fenómeno es más común en las multíparas que en las primigestas. Por lo tanto, la disrupción de 10 a 13 milímetros es diagnóstica y representa una subluxación. Aquellas superiores a 14 milímetros, pueden indicar daño de la articulación⁽⁷⁾.

La diástasis de la sínfisis púbica es una complicación del embarazo (puede ocurrir durante el parto, en especial en el parto instrumental, al final del embarazo o durante el puerperio), en la cual la sínfisis púbica se separa. Produce dolor pélvico agudo que puede conducir a complicaciones severas a largo plazo, a veces subdiagnosticadas⁽⁸⁾. La incidencia varía entre 1 en 300 a 1 en 30 000^(8,9). Sin embargo, la frecuencia parece estar disminuyendo, ya que muchos partos vaginales difíciles e instrumentales son cada vez más infrecuentes⁽¹⁰⁾; 74% de los casos

son diagnosticados en primigestas, 12% se producen en el primer trimestre, 34% en el segundo trimestre y 52% en el tercer trimestre⁽⁴⁾. Generalmente tienen buen pronóstico. La lesión es parcialmente estable y se la clasifica como 'lesión en libro abierto', ya que desde el punto de vista rotacional es inestable por la lesión de los ligamentos anteriores, pero estable verticalmente debido a la integridad del ligamento posterior⁽¹⁾. En ausencia de manejo adecuado, la disrupción de la sínfisis púbica puede producir dolor crónico. También se asocia a incontinencia, dispareunia y/o discapacidad crónica⁽²⁾. No se puede establecer qué porcentaje de estas pacientes presentará complicaciones a largo plazo.

Su etiología aún es desconocida. Varios factores de riesgo han sido relacionados con la afección, incluyendo el parto laborioso o precipitado, desproporción cefalopélvica, macrosomía fetal, distocia de hombros o presentaciones anómalas, multiparidad, traumatismos pélvicos previos y fuerza excesiva externa aplicada a la pelvis. También se ha mencionado la abducción excesiva de los muslos durante el parto, parto vaginal instrumental, anomalías preexistentes debidas a displasia congénita, osteomalacia, condromalacia, raquitismo, tuberculosis, artritis y excesivo reblandecimiento de los ligamentos por efecto hormonal^(3,10).

El diagnóstico se realiza por la clínica y los hallazgos radiográficos. La paciente presenta dolor agudo e intenso en la región púbica, que se puede extender hacia la región lumbar y los miembros inferiores, que generalmente se agrava con el movimiento. Todo esto puede estar acompañado de crepitación al caminar⁽³⁾. En la mayoría de las pacientes, el dolor desaparece en los primeros 6 meses después del parto, solo 25% de los casos presentará dolor a los 4 meses y un pequeño porcentaje después de 12 meses. La excepción son aquellas pacientes en las cuales se produce luego de parto instrumental, aproximadamente 1% a 17% de los casos^(1,4). En el examen físico, se puede apreciar dolor y deformidad de la zona púbica, alteraciones de la movilidad de los miembros inferiores y, ocasionalmente, disfunción vesical. La palpación de la sínfisis púbica puede mostrar un espacio en la articulación, junto con edema del tejido blando que lo recubre; al examen vaginal se puede objetivar disrupción palpable de la sínfisis⁽³⁾.



El diagnóstico de diástasis de la sínfisis púbica se confirma con estudios de imágenes. En las radiografías se observa disrupción anormalmente ancha entre los huesos púbicos, como en el presente caso. Hay mayor inestabilidad en radiografías de pie, en posición de flamenco. Un desplazamiento vertical superior a 10 milímetros indicaría inestabilidad de la sínfisis púbica. Aquellas disrupciones superiores a 20 milímetros están asociadas a lesión sacroilíaca⁽⁹⁾. La tomografía computada y la resonancia magnética suministran información detallada de la sínfisis púbica y las articulaciones sacroilíacas. Esta última es de mayor utilidad al mostrar la lesión de tejidos blandos e inflamación subcondral ósea⁽⁵⁾.

En los casos de diástasis de la sínfisis púbica, se recomienda tratamiento conservador, incluyendo analgesia, restricción de actividad, reposo en la posición de decúbito lateral, uniones pélvicas apropiadamente ajustadas, dispositivos de ambulación y terapia física. Este tratamiento por lo general resulta en el alivio de los síntomas en pocos días y recuperación funcional completa en 4 a 8 semanas^(9,10). El tratamiento quirúrgico a veces es necesario en aquellas pacientes con diástasis mayores de 40 milímetros y cuando se observa dolor persistente, reducción inadecuada con tratamiento conservador, disrupción recurrente, inestabilidad del anillo pélvico o lesión cutánea. La fijación externa o interna de la rama púbica superior es el tratamiento de elección para mantener la estabilidad mientras los ligamentos cicatrizan. Sin embargo, los siguientes embarazos tienen que ser resueltos por vía alta. Otra desventaja del tratamiento quirúrgico es que interfiere con la lactancia por el uso de analgésicos, antibióticos y profilaxis tromboembólica⁽⁶⁾. Debido a lo infrecuente de esta condición y la limitada evidencia disponible, el tratamiento adecuado de la disrupción de sínfisis púbica sigue siendo controversial⁽⁷⁾.

En conclusión, se debe sospechar de la diástasis púbica si la parturienta refiere dolor agudo y

persistente en el área pélvica después del parto. El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico. Se ha propuesto el tratamiento quirúrgico de la pelvis inestable posparto si el tratamiento conservador no ha podido controlar los síntomas de dolor intenso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Becker I, Woodley SJ, Stringer MD. The adult human pubic symphysis: a systematic review. *J Anat.* 2010;217(5):475-87. doi: 10.1111/j.1469-7580.2010.01300.x.
2. Herren C, Sobottke R, Dadgar A, Ringe MJ, Graf M, Keller K, et al. Peripartum pubic symphysis separation--Current strategies in diagnosis and therapy and presentation of two cases. *Injury.* 2015;46(6):1074-80. doi: 10.1016/j.injury.2015.02.030.
3. Moiety FM, Azzam AZ. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: a prospective analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40(4):946-53. doi: 10.1111/jog.12284.
4. Hashem G, Zhang Q, Hayami T, Chen J, Wang W, Kapila S. Relaxin and beta-estradiol modulate targeted matrix degradation in specific synovial joint fibrocartilages: progesterone prevents matrix loss. *Arthritis Res Ther.* 2006;8(4):R98.
5. Zou Y, Fan F, Ma A, Yue Y, Mao W, Ma X. Hormonal changes and somatopsychologic manifestations in the first trimester of pregnancy and post partum. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;105(1):46-9. doi: 10.1016/j.ijgo.2008.12.001.
6. Mathews R, Gearhart JP, Bhatnagar R, Sponseller P. Staged pelvic closure of extreme pubic diastasis in the exstrophy-epispadias complex. *J Urol.* 2006;176(5):2196-8.
7. Aydın S, Bakar RZ, Aydın ÇA, Özcan P. Assessment of postpartum symphysis pubis distention with 3D ultrasonography: a novel method. *Clin Imaging.* 2016;40(2):185-90. doi: 10.1016/j.clinimag.2015.10.015.
8. Yoo JJ, Ha YC, Lee YK, Hong JS, Kang BJ, Koo KH. Incidence and risk factors of symptomatic peripartum diastasis of pubic symphysis. *J Korean Med Sci.* 2014;29(2):281-6. doi: 10.3346/jkms.2014.29.2.281.
9. Budak MJ, Oliver TB. There's a hole in my symphysis -- a review of disorders causing widening, erosion, and destruction of the symphysis pubis. *Clin Radiol.* 2013;68(2):173-80. doi: 10.1016/j.crad.2012.03.021.
10. Hierholzer C, Ali A, Toro-Arbelaez JB, Suk M, Helfet DL. Traumatic disruption of pubis symphysis with accompanying posterior pelvic injury after natural childbirth. *Am J Orthop (Belle Mead NJ).* 2007;36(11):E167-70.