

FRACTURA DE CADERA EN VARÓN EN EDAD PEDIÁTRICA

Pablo García Sánchez, Claudia Junquera Méndez, Sergio Álvarez Álvarez, Imanol Pérez Hevia, José Ricardo Mayo Álvarez.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo (Asturias)

ANTECEDENTES/ HISTORIA ACTUAL

- Varón de 13 años.
- No antecedentes de interés.
- Dolor en cadera derecha e impotencia funcional.
- Caída casual.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Miembro inferior derecho acortado y en rotación externa.
- No presenta alteraciones neurovasculares.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

- Se solicitan radiografías anteroposterior (fig. 1), y axial de cadera en las que se aprecia fractura transcervical de fémur derecho con báscula posterior de cabeza femoral.
- Una vez establecido el diagnóstico, se ingresa al paciente y se solicita un TC (fig 2), como estudio complementario, para la planificación preoperatoria.



Fig. 1. Radiografía anteroposterior de pelvis.

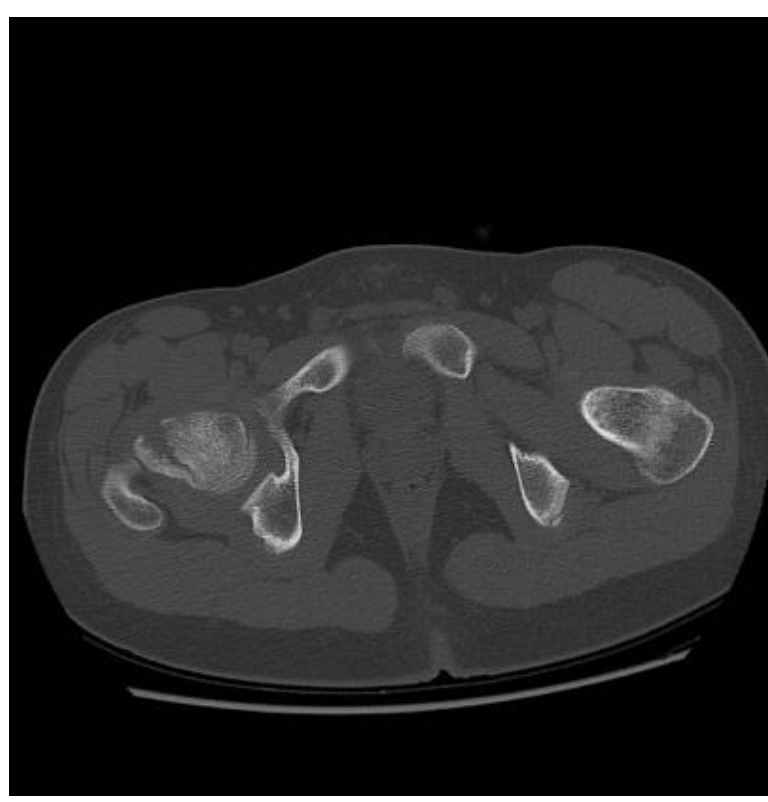


Fig 2. TC. Proyección axial.

DIAGNÓSTICO: Fractura transcervical cadera derecha.

TRATAMIENTO.

- De urgencia y bajo anestesia general, se realiza osteosíntesis con dos tornillos canulados sobre mesa ortopédica y reducción de fractura bajo control radioscópico. Se utiliza abordaje mini-open de 3 cm en región trocantérea (fig. 3 y 4).



Figs. 3 y 4. Osteosíntesis con dos tornillos canulados. Radiografía simple proyecciones AP y axial.

EVOLUCIÓN.

- Evoluciona favorablemente durante su ingreso hospitalario, siendo alta a los 4 días de la intervención.
- Descarga 3 meses.
- Controles radiográficos: correcta consolidación de la fractura.
- A los 7 meses de la intervención, se realiza extracción del material de osteosíntesis (fig. 5 y 6).
- Pasado 1 año y medio de la cirugía, se encuentra asintomático y realizando vida normal.



Figs. 5 y 6. EMO. Radiografía simple proyecciones AP y axial.

CONCLUSIONES: Las fracturas de cuello femoral en el niño son muy poco frecuentes, pero presentan un alto riesgo de complicaciones. El tratamiento debe buscar una reducción anatómica y una fijación estable y la cirugía no debe diferirse más de 12-24 horas para reducir el riesgo de necrosis avascular, coxa vara y lesiones de la fisis.