

TRATAMIENTO DE FRACTURA SUBCAPITAL DE FÉMUR EN PACIENTE CON ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez Barragáns, Fátima María; Fernández Fernández, Ricardo
Hospital Universitario La Paz



Mujer de 46 años con AP de PCI con hemiparesia izquierda, que es diagnosticada en urgencias de fractura subcapital de fémur izquierdo (Figura 1) tras caída.
Previamente caminaba con ayuda de bastón.



Figura 1. Fractura subcapital de fémur izquierdo desplazada

Se realiza osteosíntesis con 3 tornillos canulados (<24h) (Figura 2). La evolución inicial es buena, sin embargo, al año de la fractura la paciente acude a consulta con dolor de tracto iliotibial que le dificulta la marcha.
En el control radiológico se objetivan signos de necrosis de la cabeza femoral, por lo que se decide realizar extracción del material de osteosíntesis.



Figura 2. Osteosíntesis con 3 tornillos canulados

Seis meses tras la EMO, la paciente refiere escasa mejoría de la clínica. Ante tal situación, se propone como alternativa terapéutica la implantación de una artroplastia total de cadera, teniendo en cuenta el riesgo elevado de complicaciones asociadas en su caso. Se decide de manera consensuada esperar y vigilar evolución.
Dos años después de la EMO la paciente sufre dolor incontrolable con analgesia oral, se desplaza en silla de ruedas y es incapaz de llevar a cabo las ABVD.
En la radiografía se objetiva un progreso de la necrosis avascular con colapso y resorción de la cabeza femoral (Figura 3). En este momento se decide cirugía para implantación de artroplastia total híbrida con cúpula de doble movilidad de cadera izquierda (Figura 4).



Figura 3. Resorción de cabeza femoral izquierda



Figura 4. Artroplastia total híbrida con cúpula de doble movilidad de cadera izquierda

Seis meses tras la cirugía, la paciente no tiene dolor, camina con bastón y tiene un BA: flex 100º, RI 20º, RE 30º, ABD 40º. En las siguientes revisiones evolución fue favorable.

CONCLUSIONES

- Ante el diagnóstico de una fractura subcapital de fémur se ha de tener en cuenta a la hora de tomar la decisión terapéutica: la edad, vida basal, las comorbilidades y el tipo de fractura
- En función de lo previo se indicará osteosíntesis o artroplastia
- Si la elección es la osteosíntesis la reducción debe ser anatómica y la fijación estable para evitar las posibles complicaciones asociadas
- Aunque el riesgo de luxación/inestabilidad disminuye con PTC DM, no existe clara evidencia a favor de su implantación en pacientes con enf. neuromusculares

1. Shen M, Wang C, Chen H, Rui YF, Zhao S. An update on the Pauwels classification. J Orthop Surg Res. 2016;11(1):161.
2. Haidukewych GJ, Rothwell WS, Jacofsky, DJ, Torchia, ME, Berry DJ. Operative Treatment of Femoral Neck Fractures in Patients Between the Ages of Fifteen and Fifty Years. J Bone Joint Surg Br. 2004; 86(8):1711-1716.
3. Bensen AS, Jakobsen T, Krarup N. Dual mobility cup reduces dislocation and re-operation when used to treat displaced femoral neck fractures. Int Orthop. 2014;38(6):1241-1245.
4. Ko LM, Hozack WJ. The dual mobility cup: what problems does it solve? Bone Joint J. 2016;98-B (1 Suppl A):60-3.
5. Konan S, Duncan CP. Total hip arthroplasty in patients with neuromuscular imbalance. Bone Joint J. 2018;100-B (1 Suppl A):17-21.

