

FRACTURA POR ESTRÉS DE CUELLO FEMORAL EN ADULTA JOVEN



Autores: Flores M, Ruiz P, Zamora M, Lorenzo R, Torres A, Albareda J
Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

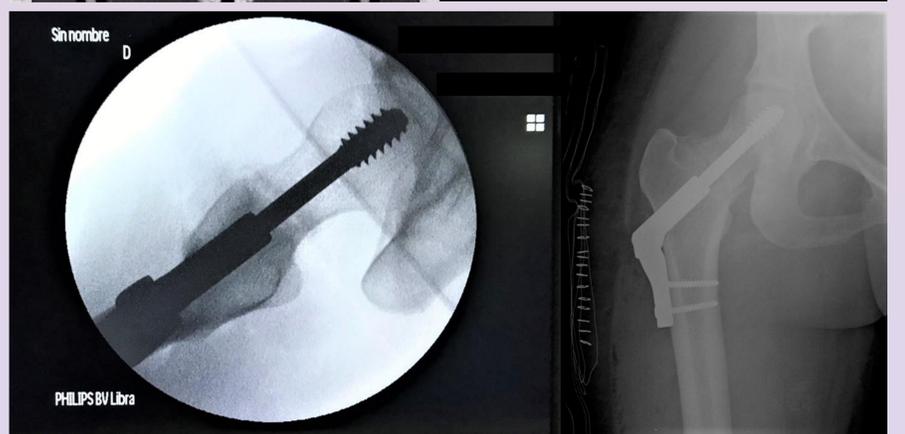
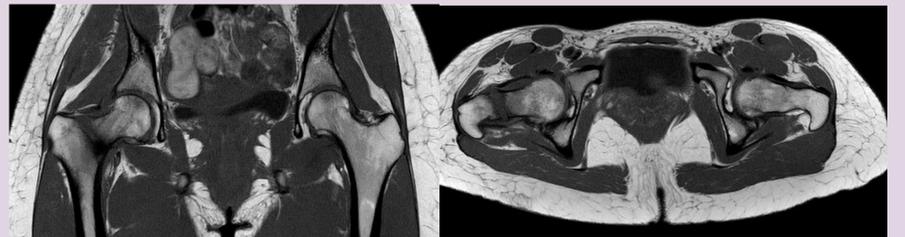
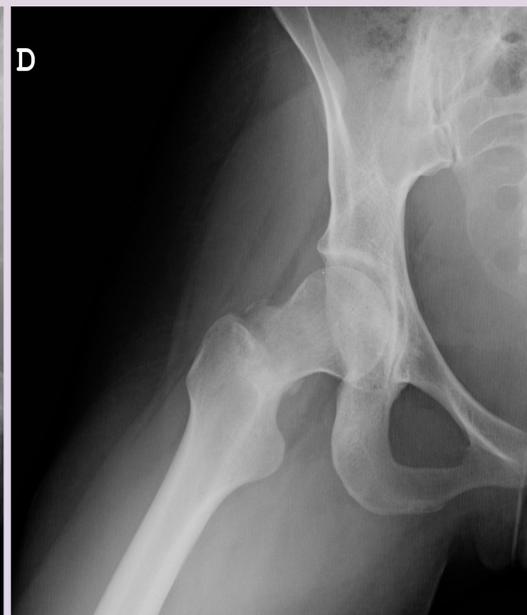
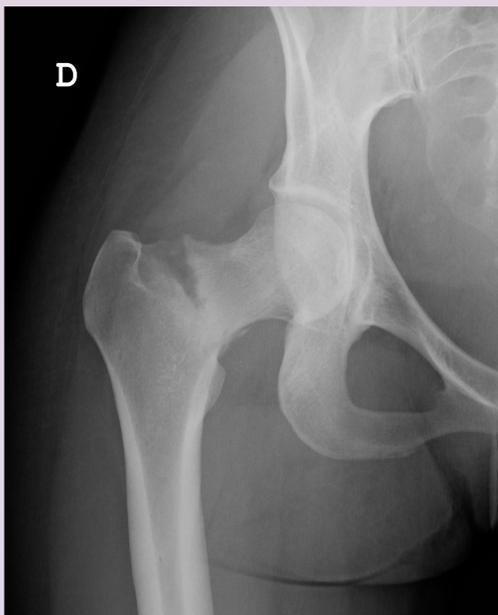
Las fracturas de estrés pueden ocurrir si un hueso normal es expuesto a fuerzas repetidas o si aparecen fuerzas normales en lugares donde el hueso presenta un compromiso en su resistencia elástica. Están descritos factores predisponentes como: características anatómicas concretas, dieta deficiente, equipamiento inadecuado, sobreentrenamiento, amenorrea, hiperparatiroidismo, enfermedad de Paget...

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 24 años, IMC 17,44. Realiza ejercicio 6 días a la semana durante 2-3 horas, consistente en carrera continua y salto a la comba. Hace ayuno voluntario intermitente de 12 horas diarias con dieta hipocalórica. Presenta amenorrea. Acude a consultas por dolor de cadera derecha en ausencia de traumatismo sobre todo al realizar ejercicio y momentos posteriores. Se solicitan radiografía de control (AP y axial) donde no se observa patología.



- Tres meses más tarde la paciente acude de nuevo a consultas por persistencia del dolor, la clínica se ha agudizado implicando una reducción de horas de ejercicio físico. Se solicita RM donde se observa fractura basicervical de fémur derecho y una nueva radiografía donde se aprecia inicio de formación de callo óseo. Es intervenida realizando reducción cerrada y osteosíntesis con una placa deslizante tipo Martin®. descarga durante 1 mes y se prohíbe la realización de ejercicio durante 3 meses.



CONCLUSIONES

La incidencia de este tipo de fracturas es del 0,3-4,7%. La clasificación de Snowdy describe tipo A fracturas de tensión, tipo B fracturas de compresión y las de tipo C o fracturas desplazadas. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías típicas en el deportista como las tendinosis, periostitis o síndromes compartimentales crónicos. En los estadios iniciales la radiografía simple es normal hasta en el 70% de los casos. La RM que resulta muy sensible y específica desde los primeros estadios. En los casos con escaso o nulo desplazamiento proponen un tratamiento conservador prohibiendo ejercicio durante aproximadamente ocho semanas. Las fracturas por compresión (tipo B) tienen mejor pronóstico que las fracturas por tensión (tipo A) en las que se opta por tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

- Avrahami D, Pajaczkowski JA. Femoral neck stress fracture in a female athlete: a case report. J Chiropractic Med. 2012; 11, 273-279.
- Sledge JB. Management of femoral neck stress fractures. Oper Tech Sports Med. 2006; 14:265-269.
- Neidel P, Wolfram P, Hotfiel T, Engelhardt M, Koch R, Lee G, Zwingenberger S. Sports; 2019; 7.
- Almeida F, Silvestre A, Gomar F. REv Esp Cir Osteoart. 2007; 42: 24-29.

