



A propósito de un caso: Fractura subcapital bilateral en paciente síndrome de Down tras crisis epiléptica.

Paula Villoria Llata, Carlos Garcés Zarzalejo, Cristina Fernández Zavala, Martín Vázquez Sánchez, Gonzalo Rozas Urdiales.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

- Existen pocos casos publicados en la literatura de fracturas bilaterales de cadera secundarios a crisis convulsivas.
- La principal causa de estas fracturas es por intensa contracción de la musculatura periarticular.

Paciente de 44 años con síndrome de Down.
Independiente, deambulación previa sin ayudas.
Deportes: pilates.
No crisis conocidas previamente.

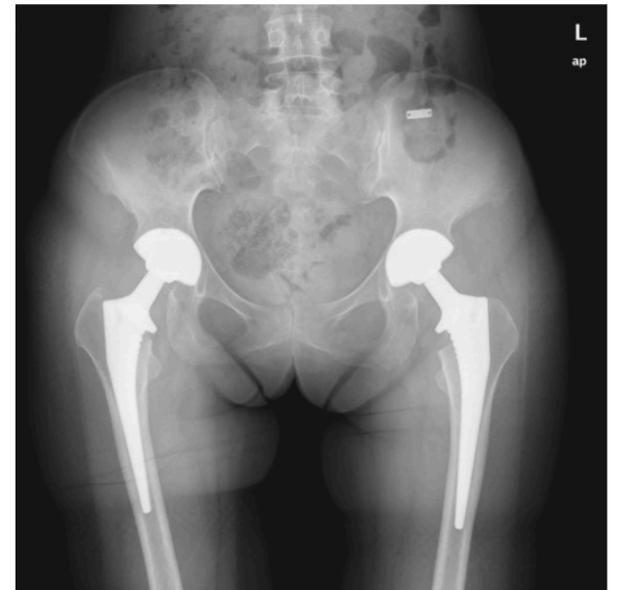
Encontrada en la cama con imposibilidad para movilizar de forma activa las extremidades inferiores por importante dolor inguinal bilateral.



A la exploración física ambas extremidades se encontraban en rotación externa con importante dolor a la movilización

Se confirma radiográficamente la sospecha de fractura bilateral de cadera y ante la sospecha de crisis convulsiva se realiza electroencefalograma que lo confirma por lo que se inicia tratamiento con antiepilépticos.

El **tratamiento quirúrgico** realizado fue la implantación bilateral de prótesis total de cadera no cementada con doble movilidad en decúbito supino con un abordaje anterior directo.



Discusión:

En cuánto a las opciones terapéuticas en este tipo de fracturas en pacientes con síndrome de Down:

- Reducción abierta y fijación interna. Importante desplazamiento inicial, ↑ riesgo de necrosis avascular.
- Prótesis parciales indicado en pacientes de mayor edad y con limitaciones funcionales.

Por ello, se decidió realizar la cirugía de prótesis total de cadera bilateral en un tiempo en supino por abordaje anterior directo dado el menor número de complicaciones inmediatas en el postoperatorio, la independencia de la paciente, el buen estado basal inicial y la edad.

Debido a un buen agarre primario durante la cirugía se decidió la implantación de vástago y cotilo press-fit con sistema de doble movilidad para disminuir en la medida de lo posible el riesgo de luxación el cual en estos pacientes está aumentado y es el principal inconveniente del uso de prótesis totales.

Conclusión:

La prótesis total de cadera en un paciente con síndrome de down joven, con buena calidad previa de vida podría ser una opción terapéutica teniendo en cuenta el riesgo elevado de luxación y utilizando implantes que disminuyan este riesgo en la medida de lo posible.

Marsh JP, Leiter JR, Macdonald P. Bilateral femoral neck fractures resulting from a grand mal seizure in an elderly man with Down syndrome. Orthop Rev (Pavia). 2010 Mar 20;2(1):e10. doi: 10.4081/or.2010.e10. PMID: 21808693



Grimaldi M, Vouaillat H, Tonetti J, Merloz P. Simultaneous bilateral femoral neck fractures secondary to epileptic seizures: treatment by bilateral total hip arthroplasty. Orthop Traumatol Surg Res. 2009 Nov;95(7):555-7. doi: 10.1016/j.otsr.2009.04.018. Epub 2009 Oct 3. PMID: 19801211.