

FRACTURA TRANSCERVICAL DE CADERA EN UN NIÑO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MARTA MORAZA VERGARA, ISABEL JURADO SOSA, PABLO PANTOJA PÉREZ, OSCAR MOLINA VAZQUEZ, ÁNGEL JOSÉ ROJAS ALCARIO
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción

Las fracturas del cuello femoral representan menos del 1% de las fracturas en niños y suelen producirse por impactos de alta energía. Después de la lesión, la necrosis avascular (NAV) de la cabeza femoral, la pseudoartrosis y el cierre fisario prematuro son las principales complicaciones.

Según la clasificación de Delbet, las fracturas de fémur proximal se clasifican en cuatro tipos. De estos, los tipos I a III afectan al cuello femoral y el tipo IV a la región subtrocantérea. Entre las fracturas del cuello femoral, el tipo I consiste en una fractura transfisaria y es rara (<10%); El tipo II es una fractura transcervical y representa del 40 al 50 % de todas las fracturas y el tipo III es una fractura basicervical o cérvico-trocantérea.



Metodología

Presentamos un caso de un niño de 7 años que es traído al hospital de madrugada tras caída con su padre mientras lo sostenía en brazos. Presentaba dolor inguinal izquierdo, impotencia funcional en la cadera e imposibilidad para deambular por dolor.

Se le solicitaron proyecciones AP y axial de cadera izquierda objetivándose fractura de cadera Delbet tipo II.

Se intervino en menos de 12 horas realizándose una reducción cerrada y fijación interna con 3 tornillos canulados de rosca parcial con arandela.

Se mantuvo en descarga hasta las 4 semanas y posteriormente comenzó con el apoyo progresivo.

Resultados

Actualmente, tras 7 meses desde la intervención, presenta buena movilidad de la cadera y camina sin cojera ni dolor. En la radiografía simple se objetiva consolidación de la fractura.

Conclusión

En la población pediátrica, las fracturas del cuello femoral son una lesión rara con secuelas potencialmente incapacitantes a largo plazo.

Aunque existe debate sobre el tratamiento de estas lesiones con respecto al momento quirúrgico, el abordaje y la fijación, el objetivo del tratamiento permanece sin cambios: lograr la consolidación de la fractura y la reducción anatómica evitando al mismo tiempo la osteonecrosis. En nuestro caso, se optó por una reducción cerrada y fijación con tornillos con buen resultado a medio plazo.

