

# Fractura de cuello femoral en paciente con poliomielitis residual, a propósito de un caso

Antonio Meneses Gutiérrez<sup>1</sup>, Antonio García Arias<sup>1</sup>, Julián Cabria Fernández<sup>1</sup>, Marta Rodríguez Dopazo<sup>1</sup>, Javier Mateo Negreira<sup>1</sup>  
Hospital Universitario de Cabueñes<sup>1</sup>

## OBJETIVOS

Describir un caso de una fractura de cuello femoral en una paciente con miembro parético como secuela de poliomielitis en la infancia, su resolución mediante artroplastia total de cadera, así como una revisión de las principales complicaciones de este tipo de casos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 77 años que presenta una fractura de cuello femoral desplazada tras caída casual. Como antecedentes, destaca la poliomielitis residual desde la infancia, deambulando con dificultad y necesidad de ortesis y bastón por paresia atrófica de dicho miembro.



Imagen 1: Fractura de cuello femoral izquierdo desplazada



Imagen 2: Radiografía postoperatoria con implantación de PTC con inserto de doble movilidad

## RESULTADOS

- Ingresa para intervención. Intraoperatoriamente, no es posible realizar una artroplastia parcial dado el tamaño y la displasia acetabular presente, por lo que se realiza fresado acetabular progresivo e implantación de cotilo Trident (Stryker) press-fit con suplementación con 2 tornillos e inserto de doble movilidad. En el fémur se implanta vástago Éxeter cementado (Stryker) con offset de 30 mm, siendo imposible un fresado mayor dada la calidad ósea femoral.
- La paciente presenta una evolución postoperatoria satisfactoria, logrando deambulación con su ortesis a los 3 días y siendo alta a los 5 días con rehabilitación a domicilio. Desde entonces, sigue revisiones periódicas y mantiene desde entonces una deambulación e independencia similar a la previa a la fractura, habiendo transcurrido ya 2 años desde dicha intervención.

## CONCLUSIONES

- Los pacientes con **poliomielitis residual suponen un reto** de cara al tratamiento de las **fracturas intracapsulares** de cadera. Entre las dificultades que acarrea este tipo de casos destacan la displasia acetabular, la presencia de canal femoral estrecho, la osteopenia y la ausencia de abductores de cadera.
- Uno de los principales problemas descritos en estas cirugías es el desarrollo de **fracturas periprotésicas femorales** y la **mala fijación acetabular** por la deficiente calidad ósea, y la inestabilidad dada la ausencia de la musculatura abductora.
- En estos casos, es fundamental realizar una adecuada **planificación preoperatoria** y considerar diversos aspectos técnicos; tales como la **suplementación acetabular con tornillos**, el empleo de **vástagos pequeños cementados** a nivel femoral y la **doble movilidad** para intentar prevenir episodios de inestabilidad.