

Diagnostico diferencial de las fracturas de estrés de fémur distal

MARÍA PÉREZ-MOZAS, DAVID CORNEJO JIMÉNEZ,

Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Reina Sofía (Tudela).

OBJETIVOS

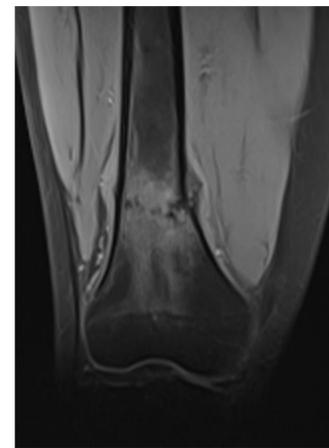
- Presentar el caso de un paciente que había comenzado a correr 4km diarios y comenzó con gonalgia mecánica en la zona de fémur distal con diagnóstico de fractura de estrés de fémur distal

Con una incidencia en aumento por el aumento de la actividad física las fracturas de estrés se deben sospechar ante un dolor mecánico localizado, no solo en atletas de élite o militares.

Paciente de origen chino de 35 años comienza gonalgia de 3 semanas en la zona del fémur distal, niega tabaquismo, ingesta de corticoides ni otra medicación o antecedente personal.

Exploración física: anodina, sin derrame, estable al varo valgo y cajón con maniobras meniscales negativas, tampoco tenía dolor a la palpación de patela sino en la zona metafiso-diafisaria del fémur.

Se realizó una radiografía a las 3 semanas por lo que se veían zona de osteólisis y reabsorción junto a zonas de formación ósea. Se realizó una analítica de sangre para estudio de metabolismo fosfocálcico y descartar posible patología tumoral (mieloma, sarcomas...), también se realizó una RMN para descartar otra patología. La sospecha clínica, la importancia de una anamnesis dirigida a descartar otras patologías más frecuentes en el diagnóstico diferencial y las pruebas de imagen que nos ayudarán en el diagnóstico son vitales para establecer correctamente el diagnóstico y tratamiento. El paciente se le indicó descarga de la extremidad y seguimiento en consultas con radiografías.



Resultados

- El paciente se encuentra asintomático realizando actividad física de forma progresiva a los 9 meses se observa consolidación completa

Conclusiones

La sospecha clínica guiada por una correcta anamnesis y las pruebas de imagen para confirmar el diagnóstico son fundamentales para un correcto tratamiento y resultado satisfactorio de esta patología cada vez más frecuente. La radiografía tiene una sensibilidad de un 10% en el momento del inicio del dolor pero aumenta al 70% a las 2-3 semanas del inicio del dolor. La RMN tiene una sensibilidad del 100% aunque puede sobrediagnosticar y no es una prueba tan accesible.