

FRACTURA SUBTROCANTÉREA DE FÉMUR Y EPIFISIOLISIS FEMORAL EN PACIENTE EN EDAD PEDIÁTRICA: UNA COMBINACIÓN INAUDITA

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología - Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.
Autores: Carolina Perales Calzado, Borja Álvarez Soler, Jesús Gómez Vallejo, Begoña Belén Seral García, Jorge Albareda Albareda.

Varón de 12 años de edad que acude a Urgencias por dolor e impotencia funcional de cadera derecha tras caída jugando al fútbol. Como antecedentes refiere coxalgia de 4 meses de evolución por la que nunca había consultado. Presenta extremidad inferior derecha acortada y en rotación externa, además de dolor a la palpación de trocánter mayor. Se realizó radiografía simple de pelvis (*Figura 1*) y TC abdominopélvico (*Figura 2*), donde se objetivó una **fractura subtrocantérea de fémur 32-D/5.1 (AO)** y **epifisiolisis de cabeza femoral grado III de Wilson**.



Figura 1. Radiografía simple de pelvis, proyección AP

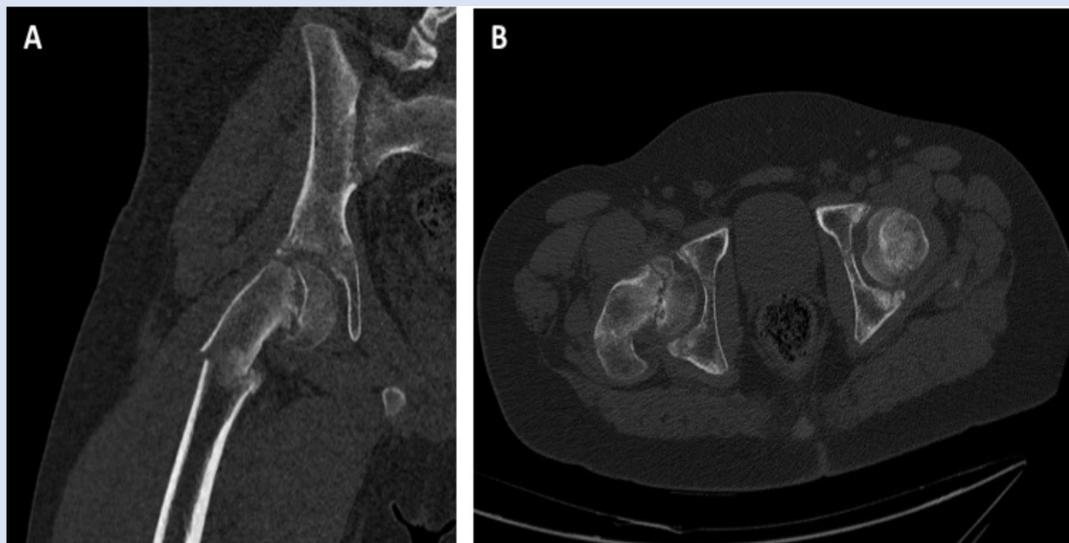


Figura 2. TC abdominopélvico. **A.** Corte coronal. **B.** Corte axial

De manera urgente, se realizó reducción cerrada de la fractura además de...

- **Osteosíntesis con placa de compresión percutánea (PCCP)** con dos tornillos cefálicos hasta la fisis de crecimiento cefálica sin sobrepasarla, y tres tornillos diafisarios.
- **Fijación con tornillo canulado transfisario** de 6.5 mm desde la cara anterior del cuello hasta el centro de la epífisis femoral.

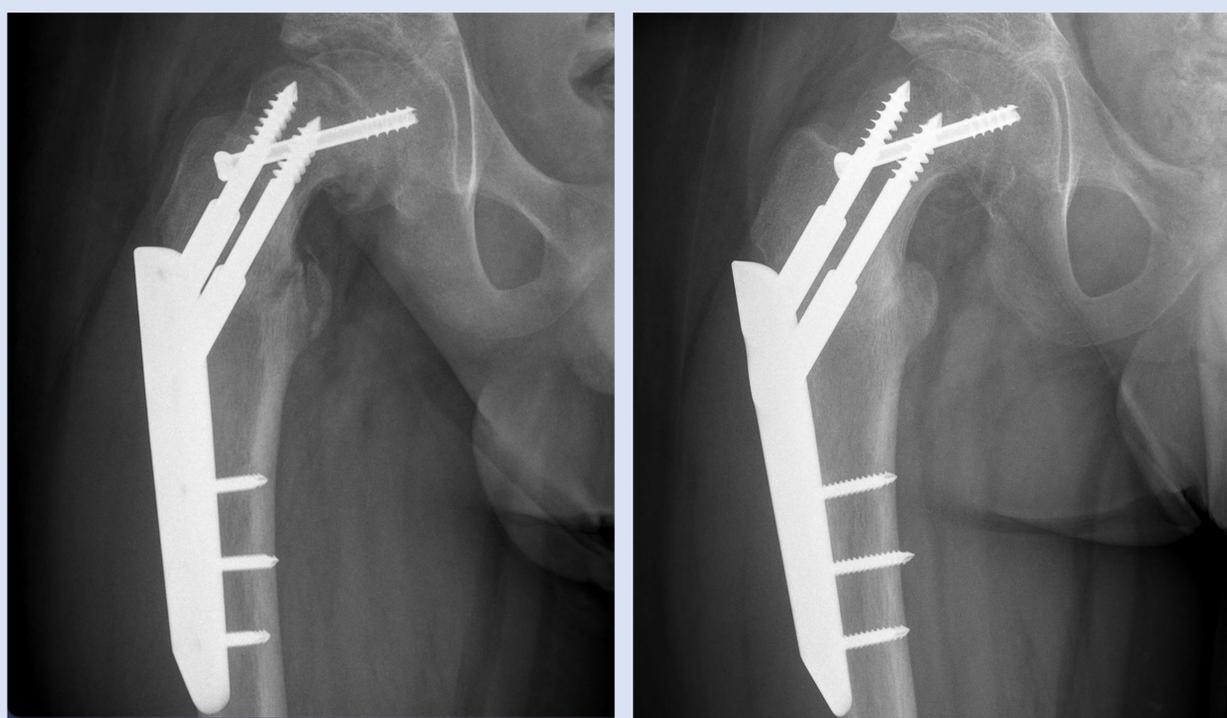


Figura 3. Radiografía AP de cadera. **A.** A las 4 semanas postoperatorias. **B.** A las 8 semanas postoperatorias.

A las cuatro semanas tras la cirugía, la evolución fue favorable, presentando signos de consolidación en la radiografía (*Figura 3.A*). A las ocho semanas, se objetivó consolidación completa de la fractura (*Figura 3.B*). La flexoextensión de cadera ya no era dolorosa y el signo de Treddelemburg fue negativo. A partir de este momento, se permitió carga y reincorporación a actividad habitual.

CONCLUSIONES:

La dificultad de este caso radica en su solución quirúrgica, ya que se deben estabilizar las dos zonas patológicas, a poder ser en la misma cirugía, dando una **estabilidad correcta** a la fractura y **evitando a la vez la evolución de la epifisiolisis** en el postoperatorio. En este caso, la fijación con enclavado intramedular flexible habría estado contraindicada por riesgo de dañar la fisis y la pobre estabilidad que proporcionaría ese sistema con un fragmento proximal tan corto. Sin embargo, la elección de la PCCP proporcionó una reducción anatómica y la posibilidad de introducir un tornillo transfisario a través ambos tornillos cefálicos, desde la parte anterior de cuello hasta el centro de la epífisis femoral.

Tras la realización de una búsqueda metódica de la bibliografía, no hemos encontrado ningún artículo similar que aúne estas dos patologías, ya que la norma suele ser la totalización de la epifisiolisis subaguda y la subsecuente luxación del cuello femoral, lo que hace que la producción de esta lesión sea algo excepcional.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Hajdu S, Oberleitner G, Schwendenwein E, Ringl H, Vécsei V. Fractures of the head and neck of the femur in children: an outcome study. International Orthopaedics [Internet]. 2011 Jun 1 [cited 2022 Oct 2];35(6):883-8.
- 2.Yeranosian M, Horneff JG, Baldwin K, Hosalkar HS. Factors affecting the outcome of fractures of the femoral neck in children and adolescents. The Bone & Joint Journal. 2013 Jan;95-B(1):135-42.
3. Payr S, Payr E, Chochołka B, Jandl M, Luxl M, Schwendenwein E, et al. Fractures of the trochanteric region in children and young adolescents-a treatment algorithm for a rare injury. Eur J Pediatr. abril de 2021;180(4):1135-43.
- 4.Song KS. Displaced fracture of the femoral neck in children. The Journal of Bone and Joint Surgery British volume. 2010 Aug;92-B(8):1148-51.

