

Necrosis Avascular postraumática infantil

Helena Gómez Santos, María Soledad del Cura Varas, Antonio Javier Alonso Benavente.
Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid.

INTRODUCCIÓN:

Las **fracturas del cuello femoral** pediátricas suponen menos del 1% del total de fracturas, pero son muy graves por su alta posibilidad de ocasionar secuelas. Su tratamiento es urgente, precisa reducción anatómica (cerrada o abierta si no se consigue), con maniobras suaves y osteosíntesis, asociando un yeso pelvipédico.

- ❖ La **NAV** es la complicación más frecuente (40%) y grave. Se manifiesta precozmente con dolor y limitación de la movilidad. Los factores de riesgo son:
- tipo de fractura
 - desplazamiento
 - tiempo hasta cirugía
 - edad
 - tipo de tratamiento
-
- Fig. 8. Tipos de fracturas axilares segun la Neff. tipo I: completa, tipo II: parcial, tipo III: de la cavidad, pasando la cápsula. Neff, A. J. Fractures of the neck of the humerus in children. Orthop Clin North Am. 1974;6:603-9.

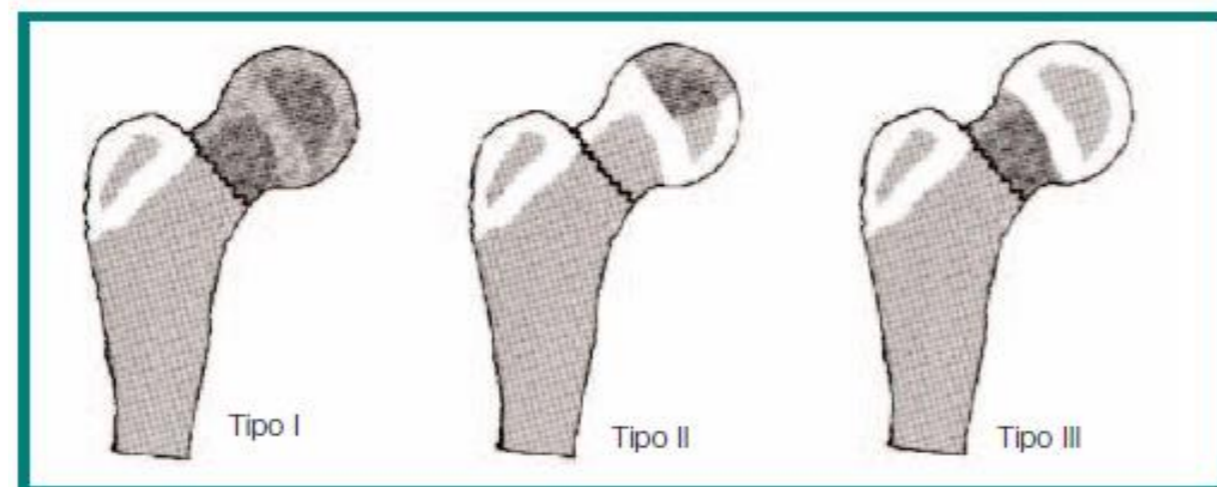


Fig. 8. Tipos de necrosis avascular siguiendo a Raliff: tipo I: completa; tipo II: paroxial; tipo III: del cuello (salvando la cabeza). Raliff, A.H.C. Fractures of the neck of the femur in children. *Orthopaedic Clin North Am* 1974;5:903-9.

Para el diagnóstico precoz se han recomendado

- gammagrafía
- radiologías simples seriadas
- RMN

El tratamiento consiste en mantener la movilidad de la cabeza y contenerla en el acetábulo. Está recomendada la extracción precoz del material, y las osteotomías femoral/pélvica para cubrir la cabeza extruida.

➤ **Objetivo:**

Describir la necrosis avascular pediátrica tras fractura transcervical femoral.



MATERIAL Y MÉTODO:

- **EA:** Niño de 8 años que sufre dolor en la cadera izquierda con dificultad para la deambulaci3n tras caerse de una bicicleta. Es llevado a urgencias varias horas m1s tarde.
- **EF:** dolor inguinal intenso, actitud de acortamiento y rotaci3n externa del MII.
- **JC:** fractura basicervical femoral desplazada (tipo III de Delbet).

- **Tratamiento:** Se intervino quirúrgicamente mediante reducción en mesa de tracción con control radioescópico y síntesis con 3 tornillos canulados, inmovilizándolo posteriormente con yeso pelvipédico.

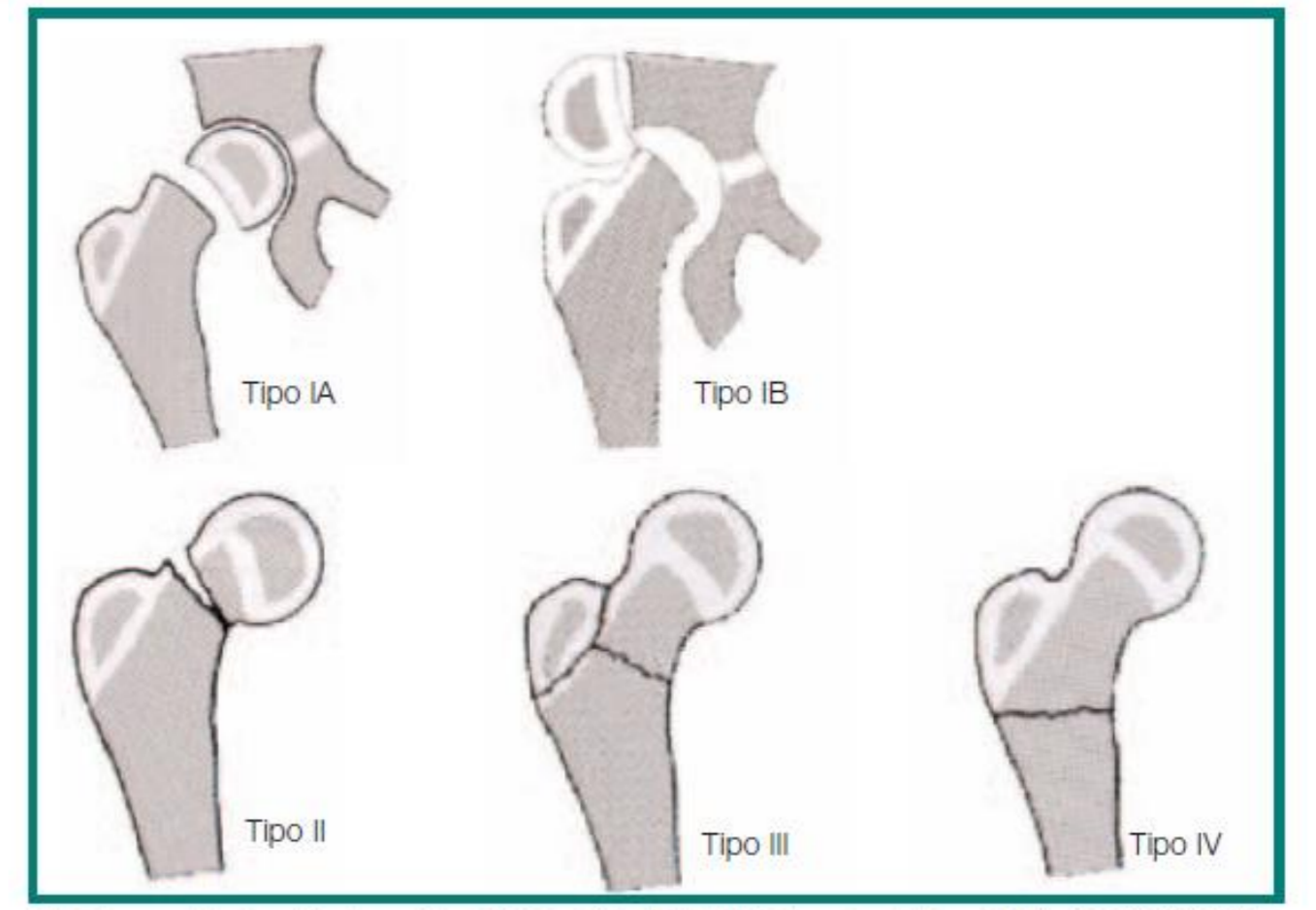
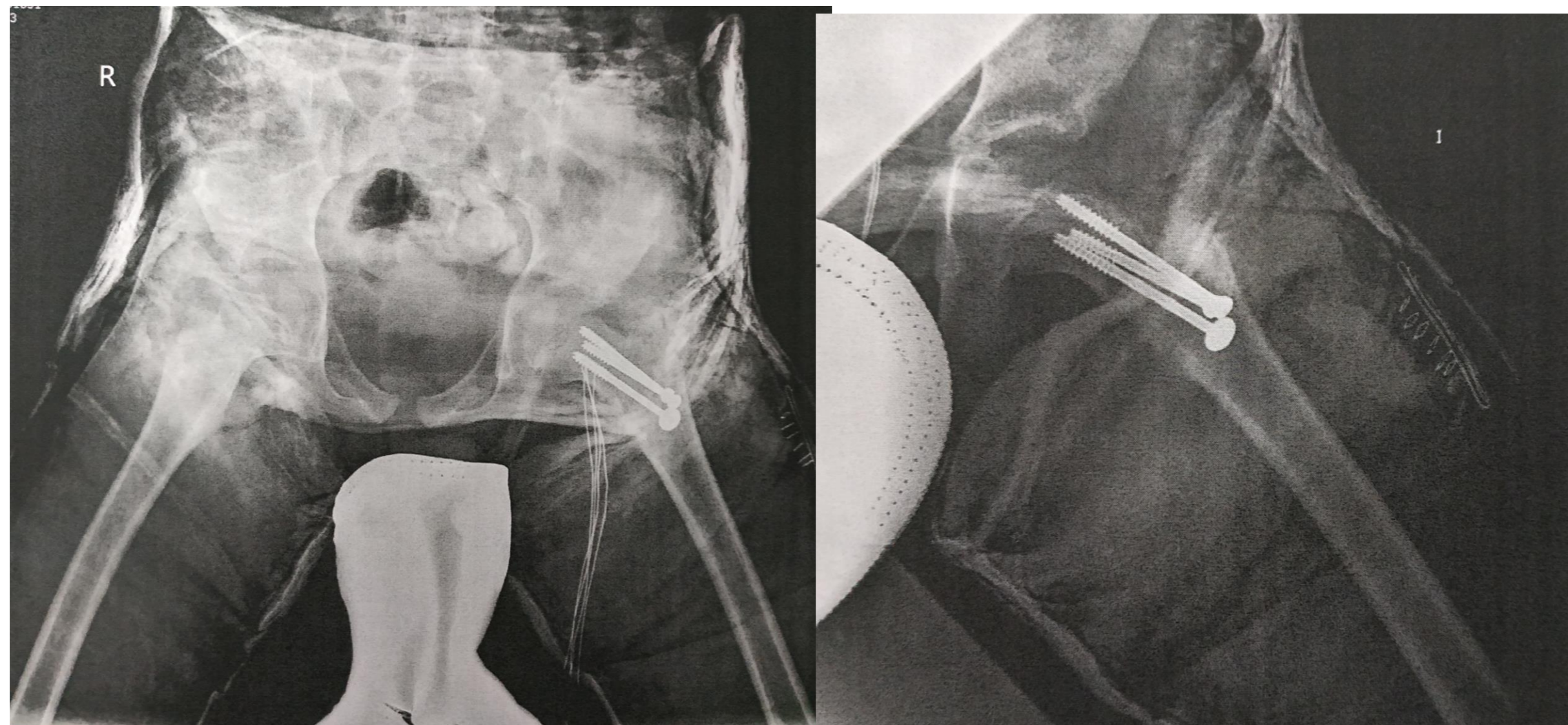


Fig. 5. Esquema de los tipos de fractura según la clasificación de Delbet (Delbet M.P. Fractures du coll de fémur. *Bull Mem Soc Chir* 1907;35:387-389): tipo IA: transilaria sin luxación; tipo IB: transilaria con luxación de la epifisis femoral; tipo I: cervical: trazo que atraviesa el cuello femoral; tipo II: olivico-trocantérea o basicervical; tipo IV: intertrocantérea.

- ❖ La coxa vara es la deformidad residual más frecuente (10-50%). Sus causas son:
 - fallo o pérdida de reducción
 - epifisiodesis
 - NAV
 - coxa vara progresiva tras la consolidación

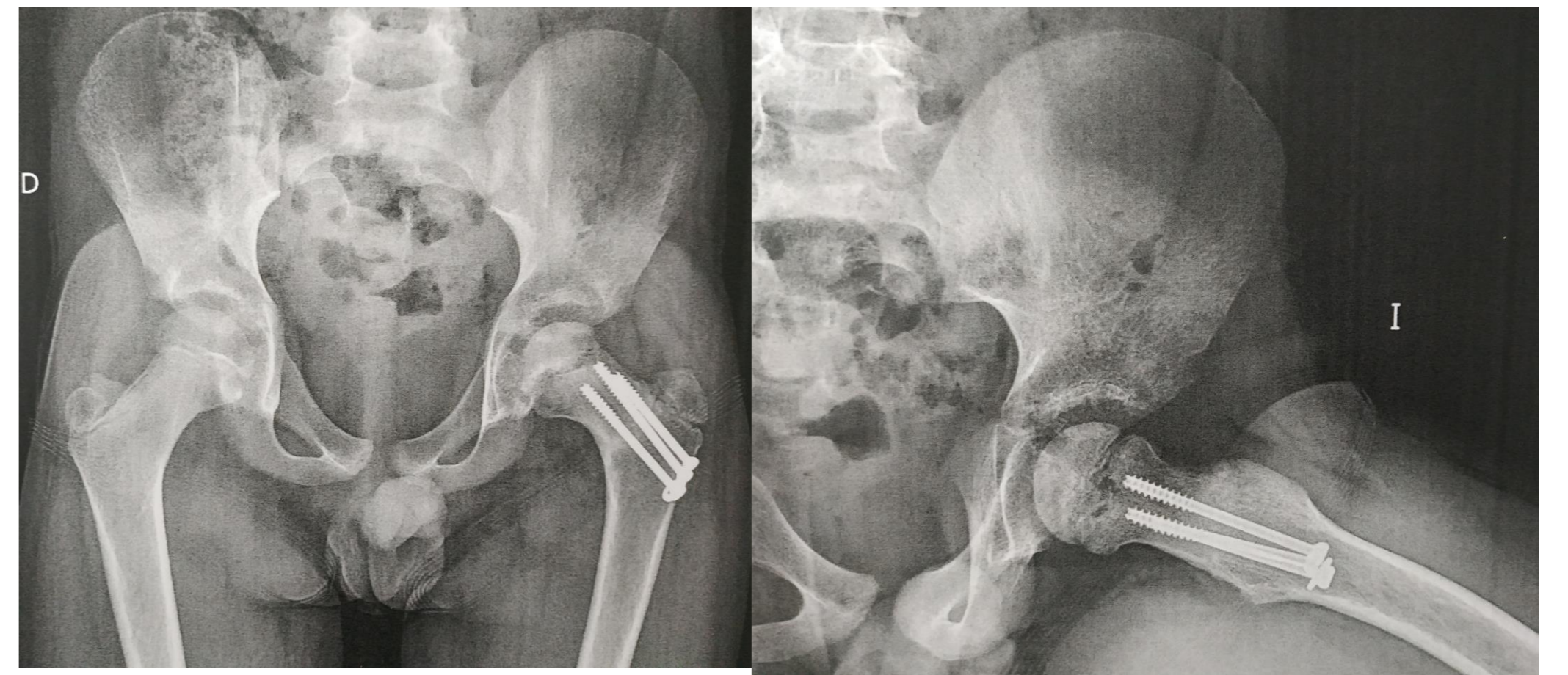
Sus indicaciones de tratamiento:

- pseudoartrosis
- progresivas
- ángulo cervicodifisario inferior 90º-110º
- mayores de ocho años

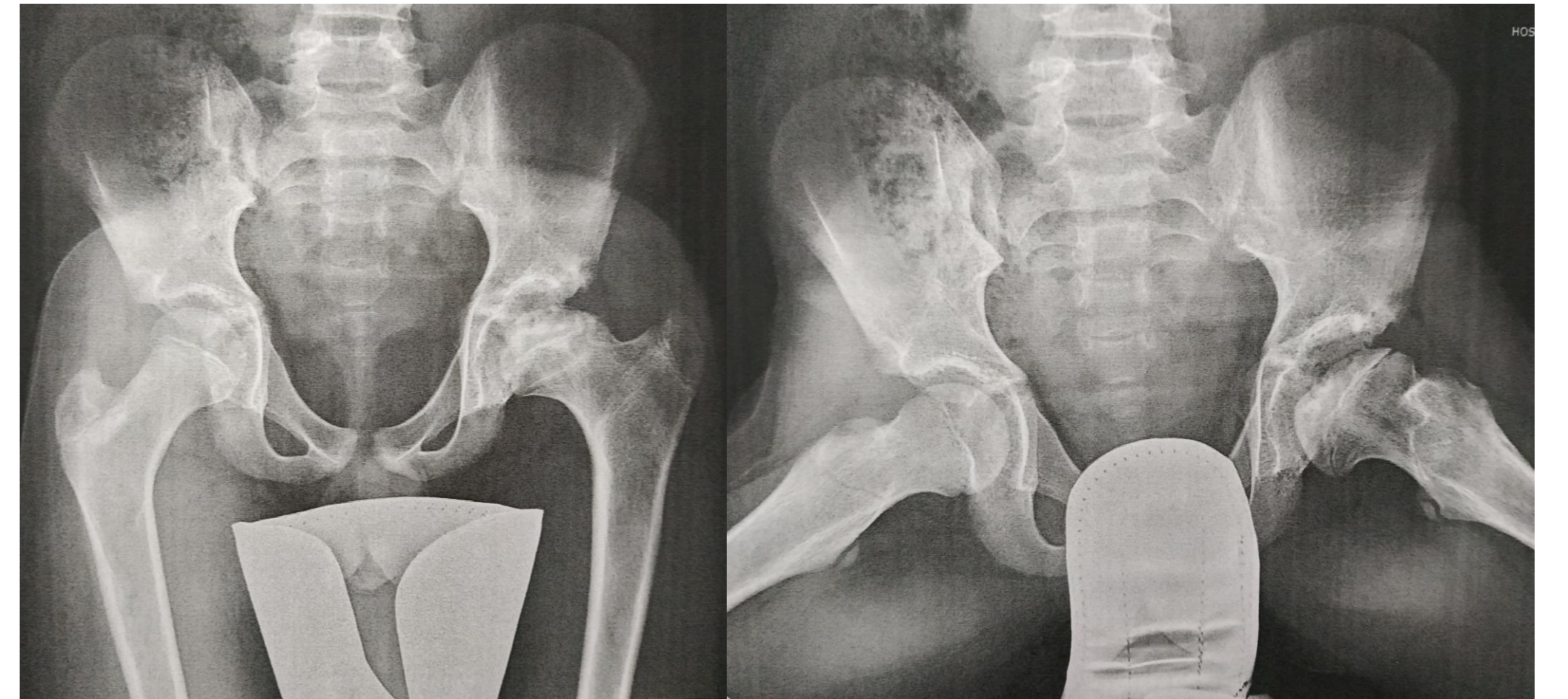
Su tratamiento es la osteotomía subtrocantérica valguizante.

RESULTADOS:

- Permaneció enyesado 5 semanas y en descarga 10 semanas hasta la completa consolidación de la fractura.
- Posteriormente recibió ciclos de fisioterapia.
- La extracción del material se realizó a los 8 meses.



- Ha tenido seguimiento clínico y radiológico exhaustivo para detectar y tratar las secuelas, habiendo diagnosticado **NAV tipo II** (parcelar capital) con cobertura correcta, que precisó tratamiento fisioterápico para mantener la movilidad articular, **coxa vara** no progresiva y **dismetría** de 1.7 cm.
- Actualmente está programado para epifisiodesis del **trocanter mayor** por **hipercrecimiento**.



CONCLUSIONES:

- Las fracturas de cadera pediátricas son lesiones muy infrecuentes, pero con un elevado riesgo de desarrollar importantes secuelas.
- De ahí la importancia del diagnóstico y tratamiento adecuado precoz para minimizar la incidencia de estas últimas, así como un seguimiento periódico exhaustivo para detectarlas y tratarlas adecuadamente.



55 CONGRESO
secOT