

FRACTURA DE CUELLO FEMORAL POR ESTRÉS EN NIÑA CON SÍNDROME DE LOEYS - DIETZ

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de cuello femoral infantiles son **excepcionales**, suponiendo el 1% de las fracturas pediátricas. Las fracturas por estrés en niños ocurren en tibia y metatarsianos, siendo infrecuentes en el cuello femoral. Únicamente se han descrito **12 casos en la literatura, todas en niños sanos**. No se han reportado casos previos de fracturas por estrés en pacientes con enfermedades del tejido conectivo como el **Síndrome de Loews-Dietz**, aunque las fracturas patológicas sí pueden formar parte de su fenotipo.

Patricia Rodríguez Zamorano, Angel Ramos Fernández, María Galán Olleros, Sergio Llanos Sanz, Camila Arvinus. Unidad de Ortopedia Infantil. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid.

OBJETIVO

Presentar el caso de una niña con **Síndrome de Loews-Dietz diagnosticada de una fractura de estrés del cuello femoral** y su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

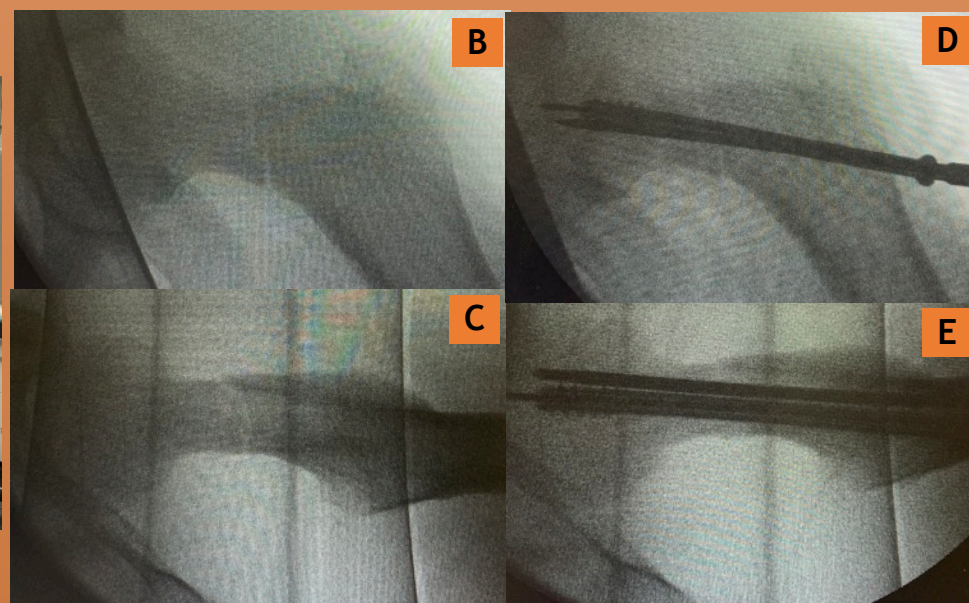
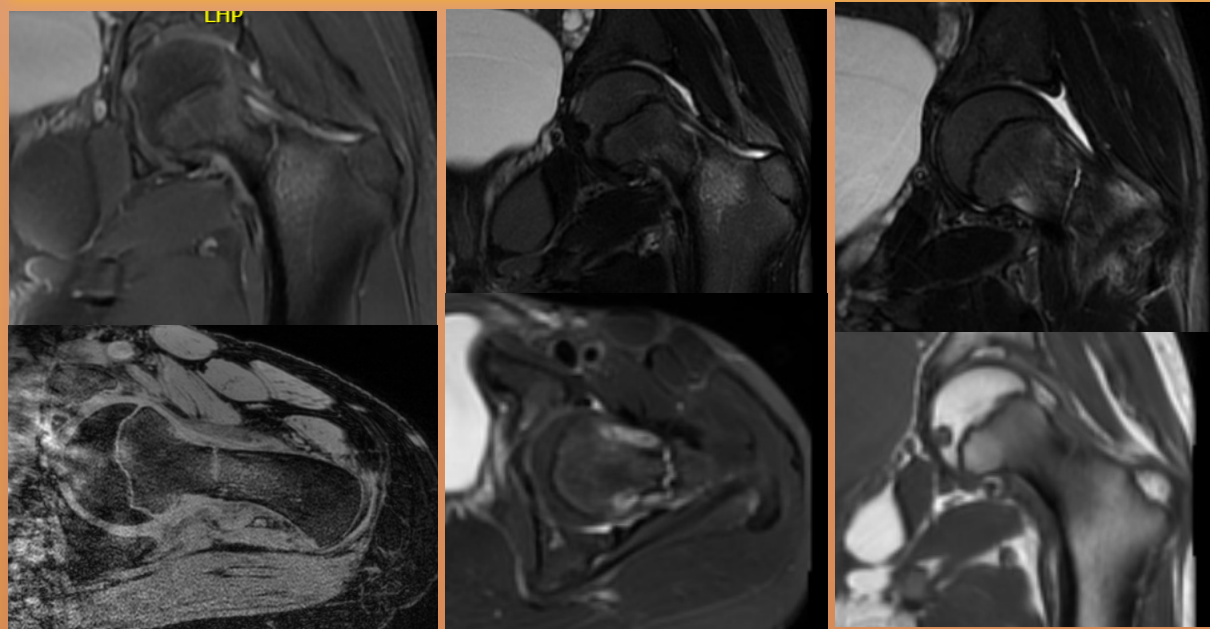
Paciente de 9 años diagnosticada de **Síndrome de Loews-Dietz** que consulta por **dolor e impotencia funcional en cadera y muslo izquierdo de 6 días de evolución**. Niega traumatismo o infección reciente, refiriendo únicamente **sobreesfuerzo** deambulando las semanas previas. **Presenta dolor leve en la cara anterolateral del muslo y a la palpación inguinal en abducción y flexión de cadera**. El balance articular es completo, tolerando la deambulación sin ayudas con **leve cojera**.

Las radiografías no presentan alteraciones. En la **RMN (abajo)** se evidencia una **fractura transcervical de fémur no desplazada con edema óseo y reacción perióstica, compatible con fractura de estrés** sin alteraciones fisarias ni epifisarias.

RESULTADOS

Se decide **tratamiento quirúrgico urgente**, bajo anestesia general y en **mesa de tracción**, comprobándose mediante escopias la reducción óptima de la fractura. De forma percutánea se introduce en el cuello femoral una **AK excéntrica y antirrotatoria y una AK de 1,3mm en posición centro-centro** en proyecciones anteroposterior y axial. Posteriormente se realiza osteosíntesis con **tornillo canulado transfisario de 7,3x90mm y rosca parcial de 16mm**, objetivándose compresión del foco.

La paciente evoluciona favorablemente, manteniendo **descarga aproximada durante 8 semanas**, evidenciándose **formación de callo óseo** en los controles radiológicos.

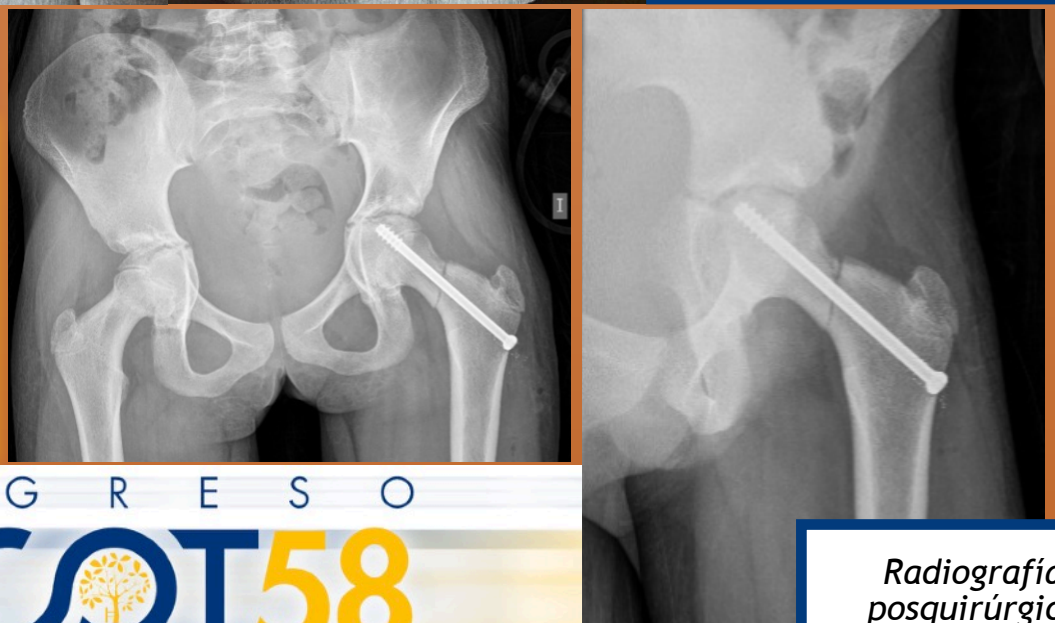


Imágenes intraoperatorias.
A: Colocación de la paciente en mesa de tracción.
B y C: Controles de escopia tras colocación en mesa de tracción.
D y E: imágenes de la disposición de las AK antirrotatoria y de la osteosíntesis.

CONCLUSIONES

Es primordial la sospecha clínica para el **manejo precoz y menos agresivo** de estas fracturas. La **cirugía** está indicada en **fracturas desplazadas** y en todas las fracturas por **tensión**.

Los **tornillos transfisarios** proporcionan estabilidad y se recomiendan para el **tratamiento definitivo**. El tiempo de **descarga** recomendado es de **6-8 semanas** y el regreso a las actividades tras 3-4 meses.



Radiografías posquirúrgicas