

Fracturas ocultas de cadera. Claves del diagnóstico.

Dra. Calbet, Dr. Rodríguez Gangoso, Dr. García Almagro, Dra. Alsina, Dra. Chiquillo

Hospital Universitari Sant Joan de Reus

INTRODUCCIÓN:

- Las fracturas de cadera van ligadas en gran medida a la vejez, y debido al aumento de la esperanza de vida su prevalencia es cada vez mayor.
- En España actualmente ya se superan los 60.000 casos de fracturas de cadera anuales.
- Las fracturas ocultas de cadera se definen como las fracturas con clínica sugerente, pero con radiología negativa, y que necesitan pruebas de imagen complementarias para su diagnóstico.
- Las fracturas no desplazadas son muy difíciles de detectar en individuos ancianos osteopénicos, en los que las alteraciones leves en la alineación trabecular son más difíciles de percibir.

MATERIAL Y MÉTODOS:

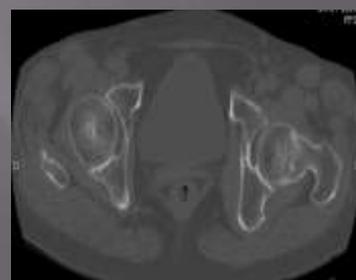
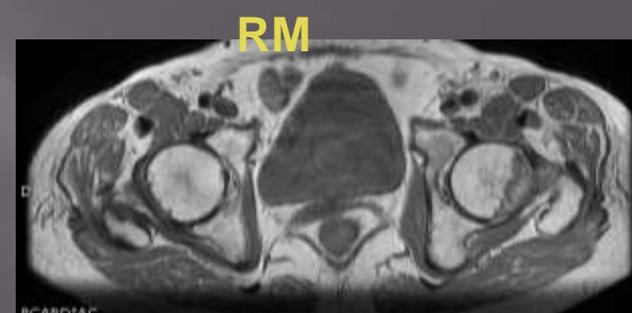
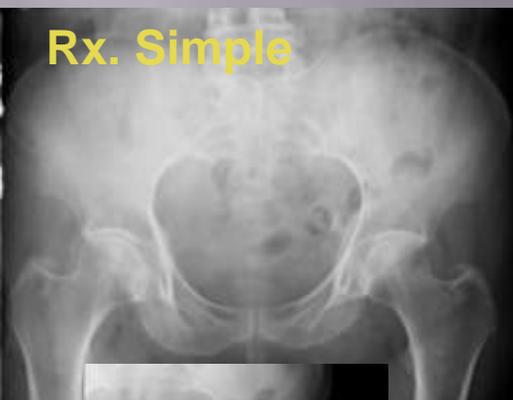
CASO 1: Señora de 80 años de edad que acude al Servicio de Urgencias después de una caída casual con contusión a cadera izquierda.

Exploración física: presenta dolor intenso a cadera izquierda con impotencia funcional. No presencia de acortamiento ni rotaciones patológicas de la extremidad. V/N conservado.

Rx. Simple pelvis y cadera izquierda: no muestra trazo de fractura.

TAC: informa de una disminución de la densidad ósea, sin imagen de fractura.

RM: muestra fractura subcapital de fémur izquierdo con afectación del hueso trabecular y mínima afectación de la cortical anterosuperior, a nivel de la unión de la cabeza con el cuello femoral. Se observa edema adyacente al trazo de fractura sin cambios en la señal de la cabeza femoral.



CASO 2: Paciente de 64 años, que consulta por dolor a cadera derecha después de una contusión.

Exploración física: imposibilidad para la carga de la extremidad inferior derecha y con dolor para realizar rotaciones y elevación de la extremidad.

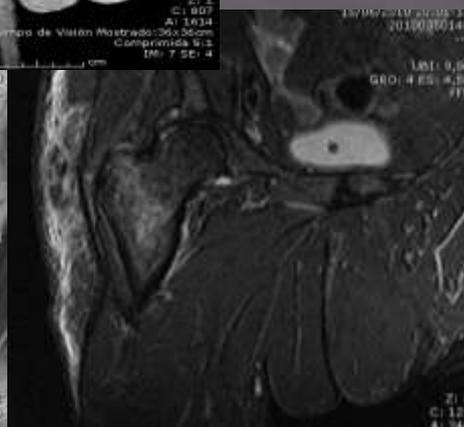
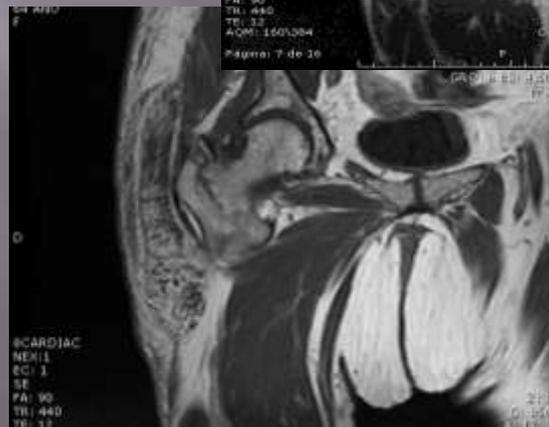
Rx. Simple (proyecciones AP y lateral de cadera derecha): no muestra trazo de fractura.

RM: informa de fractura pertrocantérica no desplazada, con colección subcutánea compatible con hematoma, superficial a la fascia lata, de 22 cm en su diámetro cefalocaudal máximo por 3,5 de espesor máximo. Signos degenerativos coxofemora.

Rx. Simple



RM



POST-OP



RESULTADOS:

CASO 1: El tratamiento fue conservador debido al poco desplazamiento de la fractura. Se realizo descarga de la extremidad afecta durante 3 meses. Con buena consolidación de la fractura.

CASO 2 : Se realizo tratamiento quirúrgico, utilizando un Clavo PFN-A, autorizando carga parcial.

CONCLUSIÓN

- Las fracturas de cadera en ancianos son una de las patologías más frecuentes en nuestros Servicios de Urgencias. Generalmente el diagnóstico es sencillo, pero un pequeño porcentaje de estas fracturas pueden pasar inadvertidas.
- La **radiografía simple** es la técnica de elección para el diagnóstico de las fracturas de cadera en general, pero en las lesiones óseas ocultas no muestra el trazo de fractura.
- La **TAC**, con sus reconstrucciones tridimensionales ayuda a definir la fractura, aunque puede presentar falsos negativos.
- La **gammagrafía ósea** tiene una especificidad inferior y muestra falsos positivos en presencia de otras patologías.
- La **RMN** es la prueba de elección cuando la radiografía simple es negativa y la clínica es sospechosa de fractura (la sensibilidad de la RMN para detectar una fractura es del 100%).

CONCLUSIÓN:

• Las principales cualidades de la RM son:

- Excelente resolución de contraste que permite identificar e independizar estructuras invalorables mediante otras técnicas de imagen.
- Capacidad de adquisición de imágenes multiplanares y ausencia de exposición a radiaciones ionizantes.

• Sus limitaciones son:

- La limitación del tamaño del campo de exploración que imposibilita el estudio de varias regiones en la misma sesión.
- La susceptibilidad al movimiento del paciente y a que éste sea portador de material metálico que ocasionan artefactos en la imagen.
- Está contraindicada en pacientes portadores de marcapasos y/o material ferromagnético y la claustrofobia impide su realización en algunos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Frihagen F, Nordsletten L, Tariq R, Madsen JE. MRI diagnosis of occult hip fractures. Acta Orthop. 2005 Aug;76 (4): 524-30.
2. Parker MJ. Missed hip fractures. Arch Emerg Med 1992; 9: 23-7.
3. Serra JA, Garrido G, Vidan M et al. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. An Med. Interna. 2002; 19: 389-395.
4. Institut Català de la Salut. Recomenacions i criteris d'indicació de tomografia computada i resonància magnètica. www.gencat.net/ics Generalitat de Catalunya. Novembre 2003.
5. Lee YP, Griffith JF, Antonio GE, Tang N, Leung KS. Early magnetic resonance imaging of radiographically occult osteoporotic fractures of the femoral neck. Hong Kong Med J 2004;10:271-5.
6. Bonilla JC, Cañete E, Fernández JM, Hernández Hermoso JA. Fractures ocultas de maluc. Maneig diagnòstic. Revista de Cirurgia Ortopèdica i traumatologia. Vol 1, 2010; 27-32.