

# FRACTURA CONCOMITANTE INTRACAPSULAR Y EXTRACAPSULAR DE CADERA

## AUTORES

Daniel Garríguez Pérez

Eduardo Gómez Muñoz

Marta Echevarría Marín



**SECOT**

Sociedad Española  
de Cirugía Ortopédica  
y Traumatología

## ANAMNESIS

Varón de 54 años que acude al servicio de urgencias refiriendo dolor e impotencia funcional en cadera izquierda tras caída casual desde su propia altura. Como antecedentes personales de interés presenta enolismo crónico e hipertensión arterial.

## EXAMEN FÍSICO

El paciente es incapaz de deambular o mantenerse en bipedestación, ni siquiera con ayuda de otra persona. A la inspección, los miembros inferiores no presentan deformidades evidentes y tienen una actitud fisiológica, sin tumefacción ni hematomas alrededor de la cadera izquierda. A la palpación, presenta dolor trocantérico e inguinal. La movilidad pasiva está muy limitada por dolor, tanto a la flexo-extensión como a las rotaciones. La exploración neurovascular distal se encuentra conservada.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Se realizan radiografías simples anteroposterior de pelvis y axial de cadera izquierda, en las que se observa una fractura pertrocanτέρα de fémur (Figura 1). En la imagen de fluoroscopia intraquirúrgica se observó, además de un trazo extracapsular que correspondía a una fractura pertrocanτέρα simple (AO 31A1.2), un trazo intracapsular que se definió como una fractura transcervical simple con orientación horizontal (AO 31B2.2, Pauwels 1) (Figura 1).

## DIAGNÓSTICO

- Fractura concomitante intracapsular y extracapsular de cadera.

## TRATAMIENTO

Mediante control fluoroscópico y mesa de tracción, se realizó reducción cerrada de la fractura y osteosíntesis percutánea mediante enclavado endomedular con clavo Gamma 3 largo y un tornillo canulado adicional sobre el cuello femoral a modo de sistema antirrotatorio (Figura 2).

## EVOLUCIÓN

Tras el control radiográfico postoperatorio se autorizó la deambulaci3n con carga inmediata controlada. No se produjo una anemizaci3n significativa ni otras complicaciones postoperatorias inmediatas, por lo que el paciente recibió el alta hospitalaria 3 días tras la cirugía. Tras un seguimiento en consultas de 2 años no se observó desplazamiento secundario ni osteonecrosis de la cabeza femoral, recuperando la funcionalidad previa a la lesi3n a los 4 meses tras la cirugía (Figura 3).

## DISCUSIÓN

Las fracturas simultáneas de la regi3n extracapsular e intracapsular del fémur proximal son lesiones raras en los traumatismos de baja energí3a y, a veces, difíciles de detectar [1, 2]. En los traumatismos de alta energí3a (pacientes politraumatizados) esta combinaci3n es más frecuente, siendo típica la asociaci3n de fracturas intracapsulares y subtrocantéreas; en esta discusi3n excluirémos a este grupo y nos centraremos solo en los traumatismos de baja energí3a. Hasta 2017 solo existían 21 casos reportados en la literatura; sin embargo, Videla-Cés et al publicaron ese ańo una serie retrospectiva de 33 pacientes diagnosticados de este tipo de fractura en un periodo de 6 años [3]. Esto hace que nos planteemos que este tipo de fracturas no son tan raras como pensábamos, y que debemos prestar especial atenci3n a las pruebas de imagen para no pasar por alto lesiones segmentarias del cuello femoral. De pasar desapercibida y no elegir un tratamiento acorde a la lesi3n, el riesgo de necrosis avascular y de fracaso del implante puede aumentar drásticamente.

Las opciones de tratamientos que recoge la literatura son principalmente la artroplastia de cadera y la osteosíntesis de la fractura, prefiriendo la artroplastia en pacientes ancianos y la fijaci3n en pacientes jóvenes [4, 5]. En cuanto al implante a emplear en la osteosíntesis, el tornillo-placa deslizante de cadera (DHS) es prácticamente la única opci3n en los casos publicados hasta ahora. Solo en el trabajo de Videla-Cés se recoge el uso del enclavado endomedular con adici3n de un tornillo antirrotatorio para este tipo de fracturas.

A nuestro juicio, la elecci3n del implante siempre debe ir sujeta a las características particulares de cada fractura y la experiencia del cirujano, sin existir ningúń estudio en la literatura que avale la preferencia del DHS o del clavo de fémur proximal en este tipo de fracturas combinadas. Parece lógico que las fracturas con trazos pertrocanténeos inestables se beneficien de un enclavado endomedular, en sintonía con el tratamiento de estas fracturas cuando aparecen de forma aislada. La adici3n de un tornillo canulado antirrotatorio es esencial en fracturas que asocien un trazo intracapsular particularmente

inestable (oblicuo o vertical), aunque puede ser recomendable también si este trazo estable. La artroplastia nos parece una opción de elevado riesgo en este tipo de fracturas y a nuestro entender debería reservarse para aquellos casos en los que exista una fractura intracapsular muy alta o vertical con una fractura extracapsular completamente estable y escasa afectación de las corticales posteromedial y lateral.

## IMÁGENES

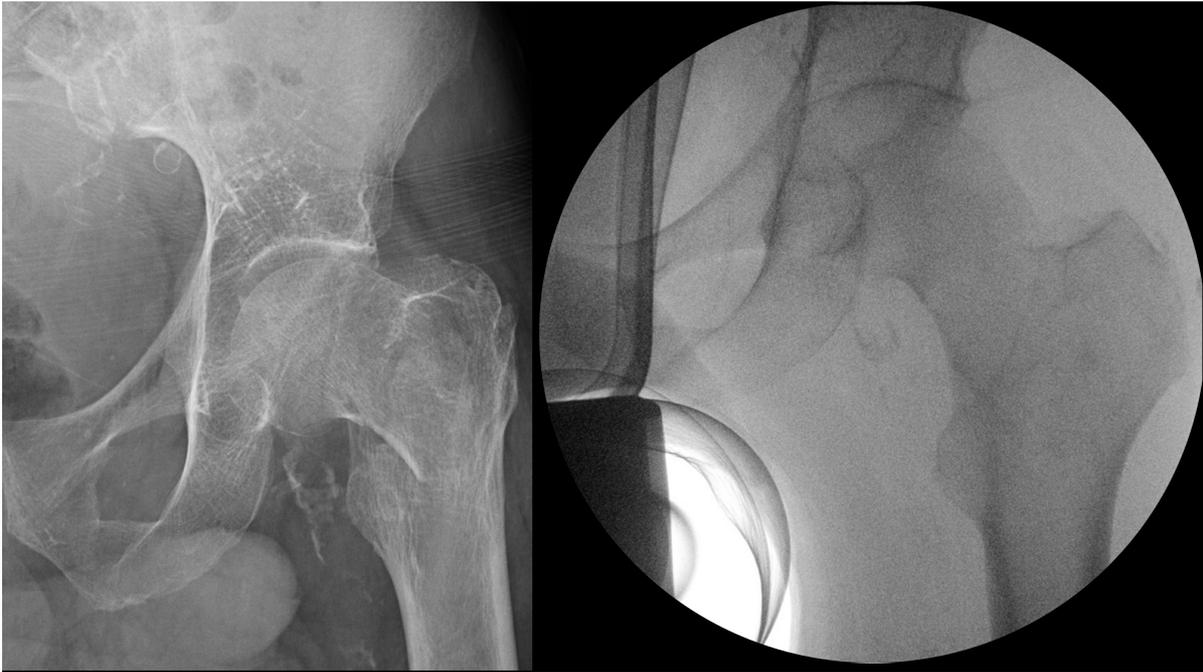


Figura 1. Imágenes preoperatorias. A la izquierda, la radiografía simple en proyección anteroposterior. A la derecha, la imagen de escopia intraoperatoria en proyección anteroposterior.

## Control postquirúrgico



Figura 2. Control radiográfico postoperatorio el día siguiente a la cirugía.



Figura 3. Control radiográfico en consultas tras un año de evolución.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Khan W, Williams R, Hopwood S, Agarwal S. Combined Intracapsular And Extracapsular Neck Of Femur Fractures Case Series, Literature Review And Management Recommendations. *Open Orthop J.* 2017;11:600–608. Published 2017 Jul 31. doi:10.2174/1874325001711010600

2. Saleeb H, Kanvinde R, Rahman T. Literature review and case report: Current concepts for concomitant intra and extracapsular fractures of neck of femur in elderly patients. *Trauma Case Rep.* 2017;8:24–31. Published 2017 Feb 27. doi:10.1016/j.tcr.2017.01.016

3. Videla-Cés M, Sales-Pérez JM, Girós-Torres J, Sánchez-Navés R, Videla S. A retrospective cohort study of concomitant ipsilateral extra-capsular and intra-capsular fractures of the proximal femur. Are they casual findings or an undervalued reality?. *Injury*. 2017;48(7):1558–1564. doi:10.1016/j.injury.2017.04.009
4. Taniguchi D, Fujiwara H, Kobashi H, et al. Successful treatment of concomitant ipsilateral intracapsular and extracapsular hip fractures. *Orthopedics*. 2013;36(6):837–839. doi:10.3928/01477447-20130523-34
5. Zhang W, Zhu F, Dong H, Xu Y. Case report: AVN of the femoral head five year follow-up of the combination of ipsilateral femoral neck and sub-trochanteric fracture. *Trauma Case Rep*. 2016;3:1–6. Published 2016 May 12. doi:10.1016/j.tcr.2016.03.005