

Fractura de cadera en la distrofia muscular de Duchenne y utilidad de la ecografía clínica a pie de cama.

Morales Moreno AJ, Carranza Ferrer J, Izquierdo Herrero E, López Allúe L, Uribe Reina MP, Nieto Sánchez RM.
Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

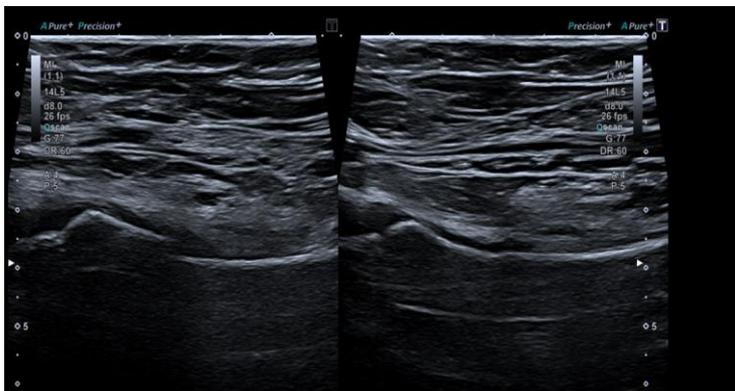
Introducción y objetivo

Las fracturas (Fx) femorales proximales (1%) se producen mayormente por traumatismos de alta energía. Sin embargo, traumas menores en patología preexistente o factores de riesgo identificables (osteopenia, corticoterapia crónica, desnutrición...) las favorecen. La evaluación de Fx no desplazadas en niños con problemas comunicativos suele ser sutil e incluye cojera, dolor de rodilla/cadera en amplitud extrema y rotación interna.



Resumen del caso

Varón 13 años, seguimiento multidisciplinar por enfermedad de Duchenne y TEA. **MC:** dolor en extremidad inferior derecha tras transferencia cama-sillón. No traumas ni caídas directos. Febrícula, odinofagia y deposiciones pastosas. **EF:** TEP estable, encamado sin deambular. Actitud de piernas en libro abierto, dolor a la palpación en 1/3 medio y proximal de muslo derecho con maniobra de Patrick-Faber positiva. Escala conductual FLACC 6 (moderada). Ligera distensión abdominal y faringe hiperémica con exudados amigdalares. **PPCC:** leucocitosis 14.540/mm³ (65% N), streptotest + y sistemático de orina negativo. Rx simple impresiona fecaloma → **POCUS** con discontinuidad en línea cortical del cuello femoral derecho (*escalón intracapsular*), no visible en contralateral, compatible con Fx femoral. **Tto:** conservador con reposo, penicilina y metamizol orales con seguimiento ambulatorio por TRA y RHB.



Comentarios

La complejidad traumatológica es inherente al paciente neuromuscular, esto nos obliga a identificar factores determinantes pronóstico y riesgo-beneficio terapéuticos. Destacamos la utilidad de la ecografía clínica ofreciéndonos información dinámica, no invasiva y mínima exposición radiológica.