

SOLICITANTE

CONSULTA ENVIADA

07/06/2026 09:48

Ref: RS-6D986F

**DATOS CLÍNICOS**

Paciente	14 años · Masculino
Perfil actividad	Deportista
Región anatómica	Cadera / Pelvis
Naturaleza	Traumático agudo
ROM	Limitado por dolor

## DUDA CLÍNICA FORMULADA

El paciente acude a consulta derivado tras acudir a urgencias hace 48 horas. Refiere que durante el partido del fin de semana, al realizar un golpeo de empeine a máxima potencia, sintió un chasquido brusco en la cara anterior de la cadera derecha, acompañado de dolor agudo e impotencia funcional inmediata. A la exploración en camilla, presenta dolor selectivo a la palpación en la Espina Ilíaca Anteroinferior (EIAI), dolor intenso a la flexión activa de cadera y acortamiento antiálgico.

Diagnóstico de imagen aportado:

Radiografía simple de pelvis (AP) que evidencia una avulsión de la EIAI derecha con un desplazamiento caudal del fragmento óseo de aproximadamente 8 milímetros.

Motivo de la consulta y dudas clínicas:

Dado el desplazamiento del fragmento y la edad del paciente (esqueleto inmaduro en pleno pico de crecimiento), tengo dudas sobre la seguridad en la progresión mecánica para no comprometer la viabilidad del tratamiento conservador. Mis principales preocupaciones son:

-¿Existe un riesgo real de que el fragmento de 8 mm se desplace más si iniciamos la carga o la activación isométrica temprana?

-¿ Debería mantenerlo en descarga total con muletas?

-¿Hasta qué grados de extensión de cadera y flexión de rodilla podemos llegar en estas primeras semanas sin someter al recto anterior a una tensión peligrosa?

-Me preocupa generar una respuesta hipertrófica en el callo óseo que derive en un pinzamiento fémoro-acetabular (FAI) secundario por fricción. ¿Qué estímulos mecánicos debo evitar absolutamente para minimizar este riesgo?

-¿Cuándo consideramos que el arrancamiento es lo suficientemente estable como para iniciar el trabajo excéntrico de cuádriceps y, posteriormente, los gestos de golpeo de balón?

## DIRECTRIZ CLÍNICA DEL ESPECIALISTA

Estimado compañero,

Revisado el caso clínico, el manejo de este tipo de lesiones en traumatología deportiva pediátrica requiere un control mecánico muy preciso, por lo que tu prudencia está totalmente justificada.

Estamos ante una fractura-avulsión típica por tracción del tendón directo del músculo recto anterior. En esqueleto inmaduro, el cartílago de crecimiento apofisario es mecánicamente más débil que la unión miotendinosa, de ahí que el tendón "arranque" el hueso en lugar de romperse.

Al presentar un desplazamiento de 8 mm, la indicación quirúrgica queda descartada (solemos plantear cirugía en desplazamientos superiores a 15-20 mm. o en pseudoartrosis sintomáticas crónicas). El periostio a esta edad es extremadamente grueso y osteogénico; el hueso va a consolidar sin problema si controlamos las fuerzas de cizallamiento y tracción.

Resolución de tus dudas y pautas de carga:

- Sobre la carga y el riesgo de desplazamiento:

No es necesaria la descarga total. El paciente puede y debe realizar carga parcial a tolerancia con dos muletas. El reposo absoluto es contraproducente para el cartílago articular.

Pauta: Permite el apoyo del pie plano en el suelo, marcando el límite en la aparición de dolor. Lo que sí debes evitar por completo es la flexión activa de la cadera en cadena cinética abierta (ej. levantar la pierna recta desde la camilla), ya que esto somete al fragmento a una tracción concéntrica máxima.

-Sobre los límites del rango de movimiento:

El recto anterior es biarticular. La tensión máxima se alcanza combinando extensión de cadera y flexión de rodilla.

Pauta (Semanas 0-3): Queda estrictamente prohibido el estiramiento pasivo del cuádriceps (llevar el talón al glúteo). Limita la extensión de cadera a 0° (posición neutra). Puedes trabajar la isometría submáxima del cuádriceps con la rodilla en extensión, pero siempre asegurándote de que la cadera esté flexionada (paciente sentado) para mantener el recto anterior en posición de acortamiento seguro.

-Sobre la prevención del callo hipertrófico:

Esta es, en efecto, la complicación más insidiosa. Un callo exuberante en la EIAI chocará con el cuello femoral en flexión profunda.

Pauta: Este sobrecrecimiento óseo se produce por irritación mecánica constante. Para evitarlo, además de respetar los plazos del tejido, prohíbe las sentadillas profundas o cualquier ejercicio de prensa que lleve la cadera a más de 90° de flexión durante las primeras 6 semanas.

- Progresión hacia el excéntrico y el golpeo (Return to Play):

El criterio para progresar no es exclusivamente temporal, sino de tolerancia clínica, aunque el tejido requiere sus tiempos.

Semanas 4-6: Si la marcha es indolora y no hay cojera, podemos iniciar trabajo isotónico concéntrico ligero, retirando muletas progresivamente. Solicita control radiográfico en la semana 4-5 para confirmar la formación del callo blando.

Semanas 6-8: Inicio del trabajo excéntrico controlado si la fuerza concéntrica está asintomática.

A partir de la Semana 10-12: Introducción del gesto deportivo. El golpeo de balón genera una contracción excéntrica intensa en la fase de armado y concéntrica pura en el impacto. Sería aconsejable constatar por dinamometría un déficit de fuerza menor al 10% respecto a la pierna contralateral y la realización de sprints sin molestias antes de autorizar el golpeo de empeine.

Quedo a vuestra disposición para valorar el control radiográfico en la semana 4 y autorizar la transición a la fase de readaptación en campo.

---

### Dr. R. Herrera

Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología  
Col. nº 29/2909784

Emitido el 07/06/2026  
RedSalus — Consultoría Médica Especializada  
<https://redsalus.net>

**Aviso legal:** Este documento recoge una interconsulta técnica entre profesionales sanitarios. No constituye un diagnóstico médico oficial ni sustituye a la valoración presencial. La responsabilidad clínica sobre el paciente recae en el profesional sanitario solicitante.