

# Remodelación ósea, ¡ver para creer!

González-Martínez, A. <sup>1</sup>, Martínez Rodríguez, A.S. <sup>1</sup>, Calvo del Val, L.C. <sup>1</sup>, Aragón del Río, M. <sup>1</sup>, Zorrilla Ribot P. <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Universitario de Ciudad Real.  
<sup>2</sup> Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.



Figura 1. Fractura diafisaria espiroidea de húmero derecho en niño de 13 años. A) Rx AP y lateral en el momento agudo. B) Rx ap y lateral 1 año después.

## Introducción

La remodelación ósea es una característica del hueso pediátrico que lo diferencia del hueso adulto; esto es así no solo por la existencia de cartilago de crecimiento, sino también por los componentes del hueso y la proporción de estos. Todo ello hace que los niños tengan un gran potencial de remodelación, siendo este inversamente proporcional a la edad. El objetivo de este póster es mostrar de forma rápida y visual que el potencial de remodelación de los niños es tan grande que permite que una mala reducción o un gran desplazamiento secundario de una fractura se transforme con el tiempo en un hueso totalmente anatómico y funcional.

## Material y métodos

Presentamos varios casos de fracturas en pacientes en edad pediátrica, desde el nacimiento hasta los 13 años. Todos ellos comparten la característica de presentar fracturas importantes por su desplazamiento o angulación, en las que se podría haber planteado la posibilidad de mejorar la reducción u operar. Se presentan las radiografías de las fracturas en el momento agudo y tras la remodelación ósea.

## Resultados

Se observa, en todos los casos, consolidación y posterior remodelación ósea tras la que se alcanza una posición anatómica de las fracturas a pesar de las deformidades y angulaciones que presentaban en un primer momento.

## Conclusiones

Aunque ya es bien conocido el potencial de remodelación ósea del hueso pediátrico, es útil ver y conocer casos extremos como los presentados para encontrarnos más cómodos en la toma de decisiones y el seguimiento de los mismos y, de igual manera, transmitir tranquilidad a los padres. En nuestro hospital y servicio se utilizan referencias de casos similares para mostrar a los padres ese “potencial” de remodelación tan difícil de entender para ellos, mejorando de esta manera la confianza y la relación médico-paciente.



Figura 2. Fractura obstétrica diafisaria oblicua de húmero derecho en recién nacido. A) Rx en el momento agudo. B) Rx tras 4 semanas. C) Rx AP y lateral tras 5 semanas.

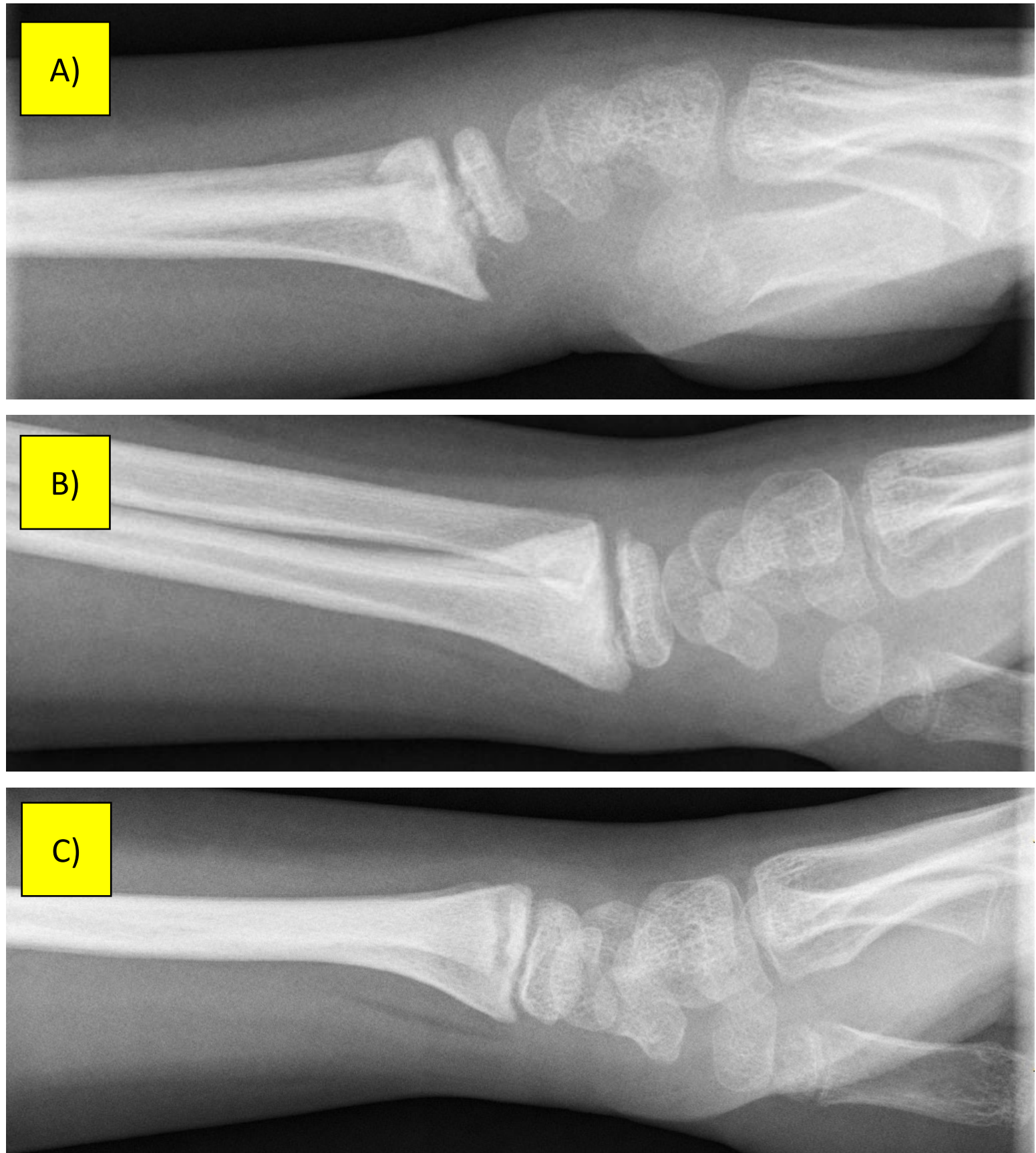


Figura 3. Epifisiolisis de radio distal en niño de 10 años. A) Rx lateral a la semana de la fractura, cuando acudió a Urgencias. B) Rx lateral tras 1 mes. C) Rx lateral después de 3 meses.

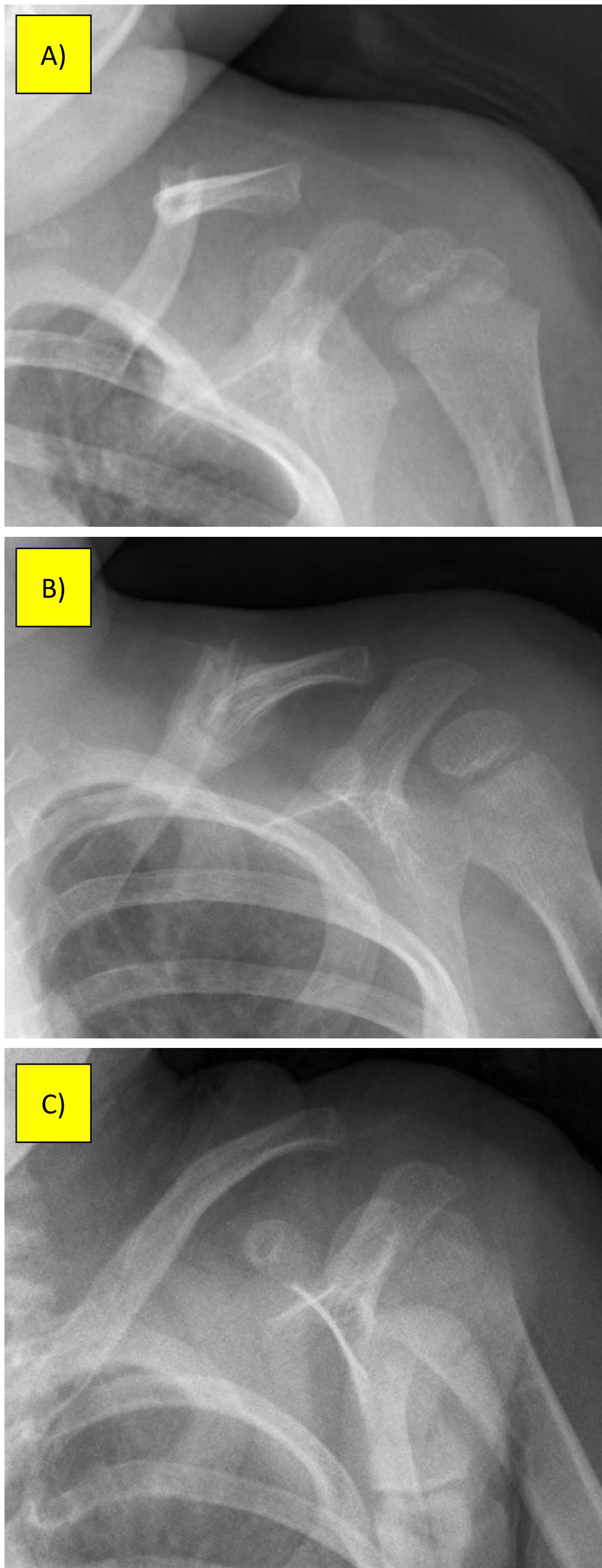


Figura 4. Fractura de clavícula izquierda en niño de 1 año. A) Rx en el momento agudo. B) Rx después de 3 semanas. C) Rx tras 1 año.

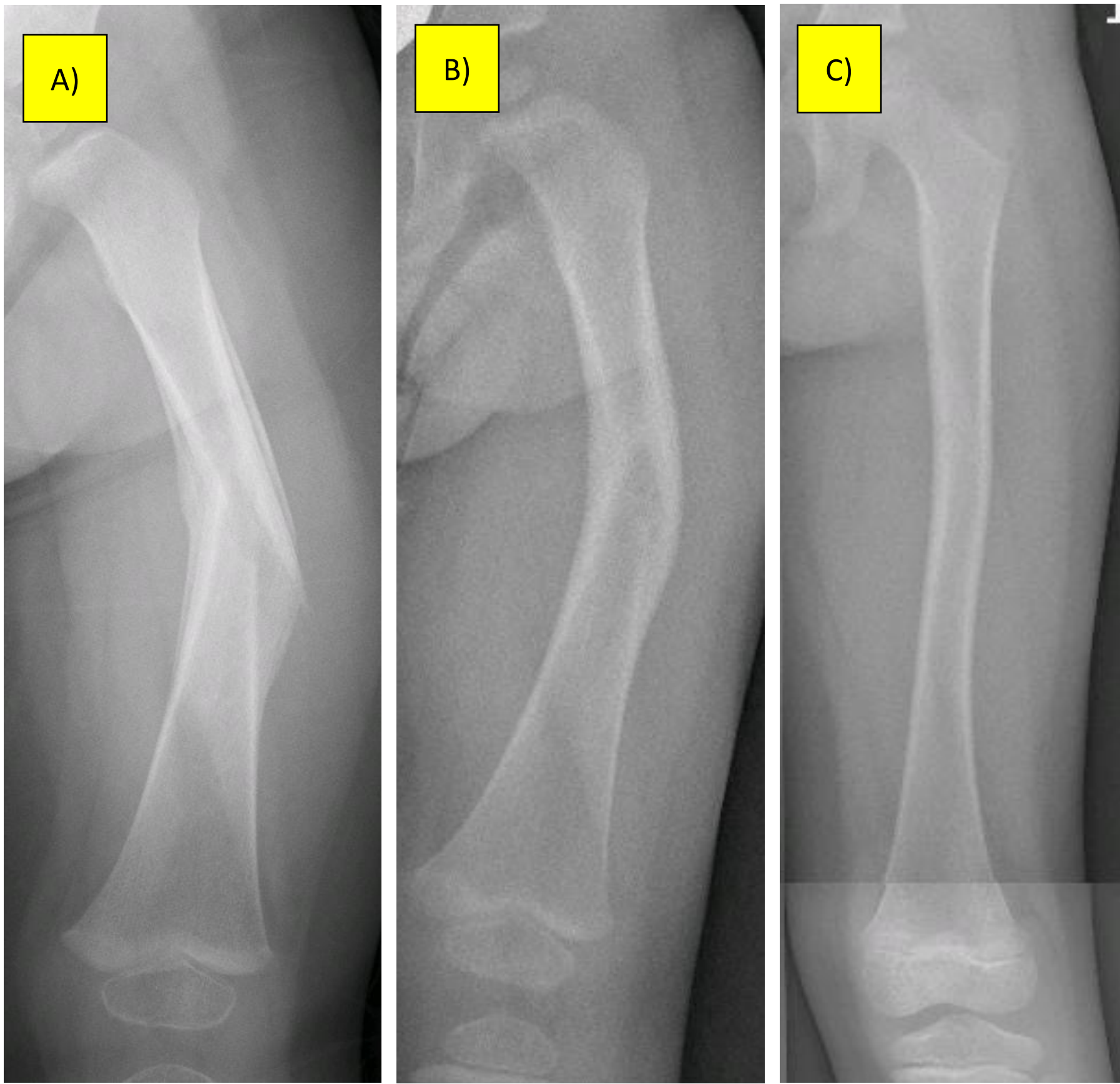


Figura 5. Fractura de diáfisis femoral en niña de 4 años. A) Rx a las 4 semanas. B) Rx a los 3 meses. C) Rx a los 12 meses.

**Bibliografía:** Naik P. Remodelling in Children's Fractures and Limits of Acceptability. Indian J Orthop. junio de 2021;55(3):549-59.

**Agradecimientos:** A los pacientes.

**Información de contacto:** Email: gonzalez.martinez.angel@gmail.com