

A PROPÓSITO DE UN CASO: EPIFISIOLISIS BILATERAL DE CADERA

Viñuales Navarro P, Arriaga Lahuerta N, Boadas Girones L, Yashchenko Ganzha O, Zafra Navas J.

OBJETIVOS

La epifisiolisis de cabeza femoral suele presentarse entre los 10 y los 16 años; Es más frecuente en niños obesos, casi dos veces más frecuente en varones y dos veces más frecuente en la cadera izquierda. Entre el 25 y el 40% de los niños presentan afectación bilateral. Presentamos el caso de una paciente de 10a diagnosticada de epifisiolisis bilateral de la cabeza femoral, así como los resultados de la revisión de la literatura realizada.

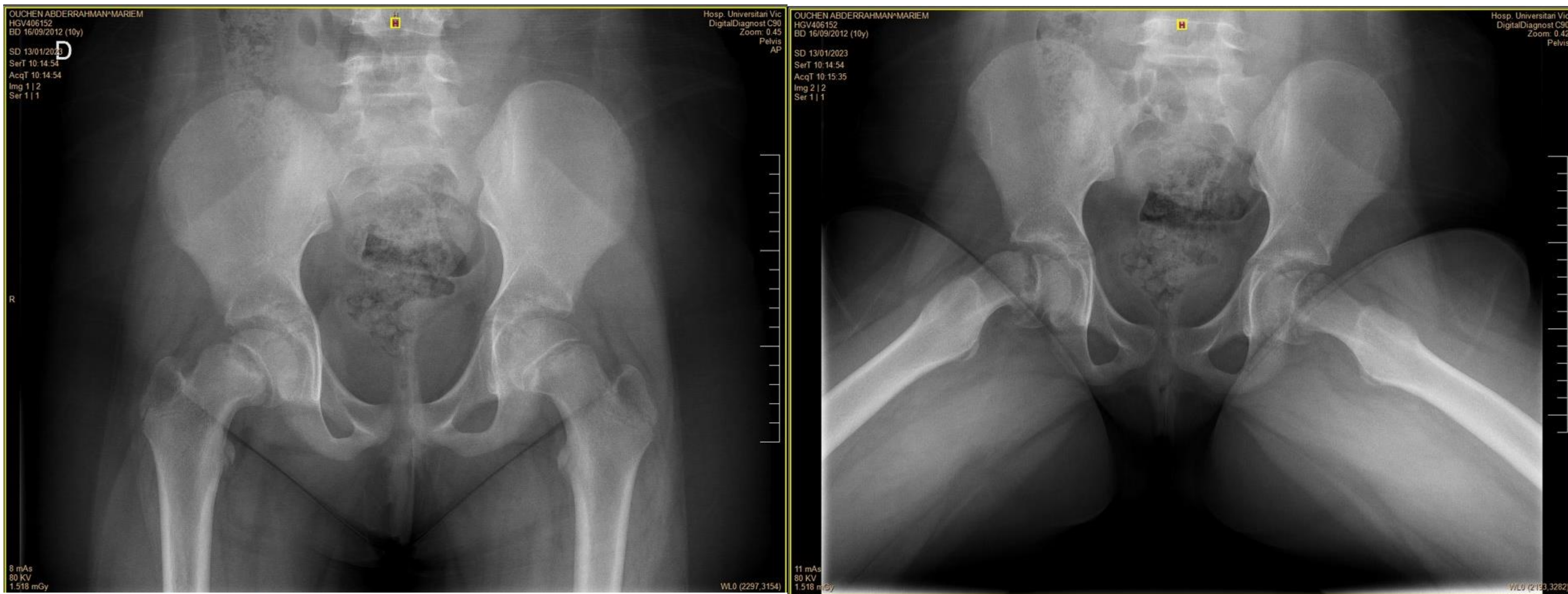
MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente mujer de 10 años, IMC de 26,3 sin otros antecedentes de interés. Consulta por dolor continuo y progresivo en ambas caderas. Exploración física: Cojera evidente a la deambulación en EID. Rotación interna abolida con una actitud en rotación externa en cadera derecha. En cadera izquierda presenta dolor a la rotación interna. Leve disimetría D<I. Los estudios radiológicos demuestran: Epifisiolisis de cabeza femoral grado II derecha y grado I izquierda.

RESULTADOS

Se diagnostica de epifisiolisis bilateral de cabeza femoral. Se programa intervención quirúrgica urgente consistente en fijación in situ bilateral con dos tornillos por lado. La evolución post operatoria es satisfactoria. Al mes la paciente se encuentra asintomática, tolerando bipedestación en carga sin dolor, inicia deambulación en carga progresiva. Los controles radiográficos demuestran reducción mantenida de la epifisiolisis con leve protrusión intraarticular de los tornillos.

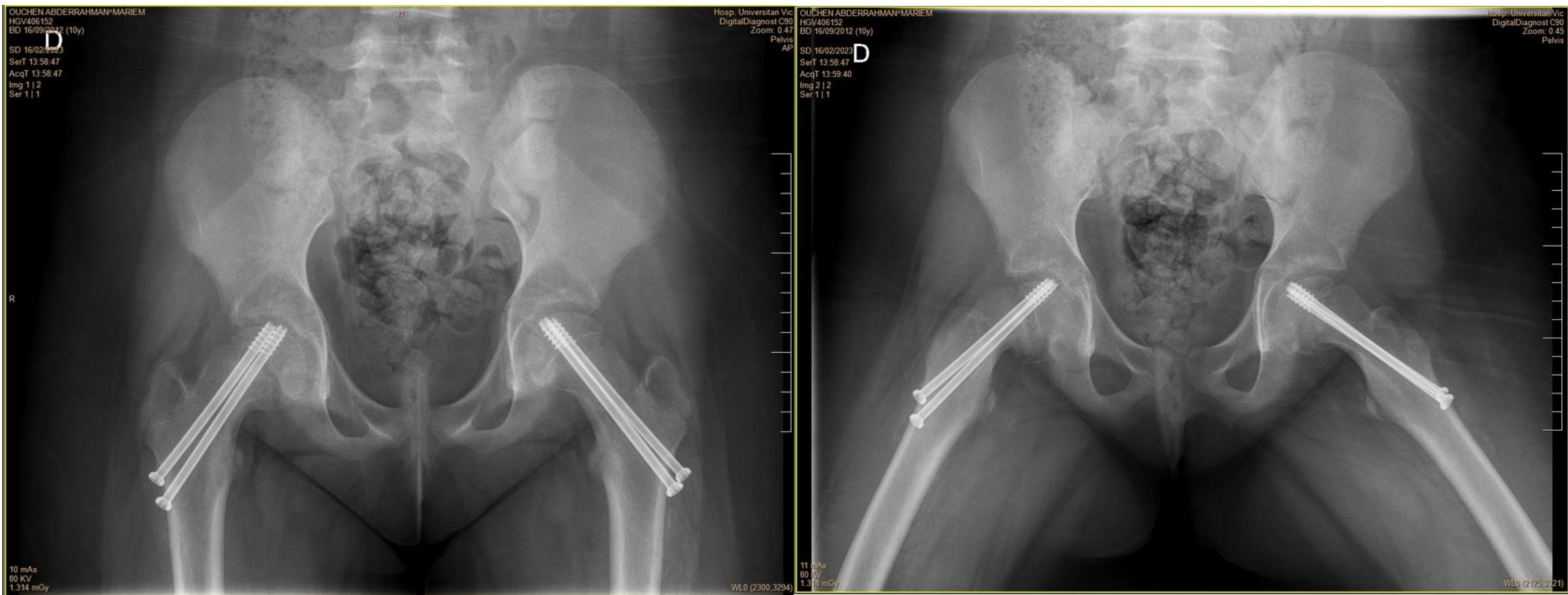
RX INICIALES



CONTROL POST QUIRÚRGICO



RX CONTROL CCEE



CONCLUSIONES

1. La fijación in situ percutánea es en la actualidad el tratamiento indicado para la ECF leve, moderada y en algunos casos grave. Suele realizarse con un solo tornillo cuya posición ideal es en el centro del cuello femoral, perpendicular a la fisis.
2. Estudios in vitro han demostrado que la estabilidad en la fijación de una ECF es mayor con 2 tornillos frente a uno. Este beneficio debe sopesarse contra la tasa potencialmente más alta de penetración en la articulación y continúa siendo motivo de controversia entre autores.
3. En cuanto a la fijación profiláctica de la cadera, se reserva para casos seleccionados (edades muy tempranas, endocrinopatía u obesidad). Aunque existe falta de consenso en este punto, estudios recientes sugieren que la tasa de complicaciones asociadas con el procedimiento es menor que las asociadas al posible desarrollo de enfermedad contralateral

BIBLIOGRAFÍA

1. Anghileri FM, Morelli I, Peretti GM, Verdoni F, Curci D. Role of the prophylactic fixation of contralateral unaffected hip in paediatric unilateral slipped capital femoral epiphysis: a systematic review. EFORT Open Rev. 2022;7(2):164-173. Published 2022 Feb 16. doi:10.1530/EOR-21-0061
2. Kishan S, Upasani V, Mahar A, et al. Biomechanical stability of single-screw versus two-screw fixation of an unstable slipped capital femoral epiphysis model: effect of screw position in the femoral neck. J Pediatr Orthop. 2006;26(5):601-605. doi:10.1097/01.bpo.0000230328.06460.be
3. Aprato A, Conti A, Bertolo F, Massè A. Slipped capital femoral epiphysis: current management strategies. Orthop Res Rev. 2019;11:47-54. Published 2019 Mar 29. doi:10.2147/ORR.S166735
4. Martínez-Álvarez, Sergio & Martínez-González, C. & Gorozarri, C. & Abril, Ph Md Juan Carlos & Epeldegui, T.. (2012). Epifisiolisis de la cabeza femoral. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 56. 506–514. 10.1016/j.recot.2012.07.004.