

A PROPOSITO DE UN CASO (3): ALARGAMIENTO FEMORAL EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO HIPOPLASICO

JULIAN ZHANG

Introducción y objetivos

Una de las patologías más demandantes en la ortopedia infantil es la dismetría de extremidades inferiores. Trataremos una serie de casos en nuestro hospital con el objetivo de proporcionar nuestra experiencia en este tipo de patología que requiere un alto nivel de exigencia para obtener un resultado óptimo.

Material y metodología

Kazajo adoptado de 7 años con hipoplasia de MID, displasia rodilla, genuflexo progresivo y equino con dismetría de 2cm con extracción remanentes de menisco interno. A pesar de rehabilitación y alza, progresa a genuflexo de -20º-70º, cojera y dismetría de 5cm (3cm fémur + 2cm tibia).

Con 10 años se decide 1º tiempo osteotomía extensora de fémur distal con placa LOQTEQ (MBA), tenotomía Aquilea e isquiotibiales percutáneas. En controles aparece úlcera prerrotuliana, conservadora, y mejoría de cojera y flexo.

A los 2 meses se realiza recambio de tornillos de mayor longitud por movilización de tornillos distales en varo tras carga parcial.

Se decide tras 7 meses 2º tiempo de alargamiento óseo con sistema guiado fijador externo Orthofix y osteotomía infratuberositaria valguizante con 2 AK.

Se realiza distracción a 1mm/d en 10º día tras educación pautas a familia.

Al mes se retiran agujas, se coloca ortesis en extensión y a las 6 semanas inicia RHB para prevenir retracciones.

Tras 14 semanas de distracción y consolidación se procede a retirada de sistema.

Resultados

Continua con rehabilitación y ortesis, con leve flexo, uso de alza y pendiente de 3º tiempo según dismetría.

Conclusiones

Los puntos que se han podido extraer en nuestra experiencia son los siguientes:

- 1- Es fundamental una prueba radiológica completa en lesiones femorales con rodillas displásicas previa a distracción ósea.
- 2- Informar, educar y constatar una buena colaboración del sistema elongación con fijador externo y rehabilitación domiciliaría.
- 3- Informar familiares de complicaciones frecuentes en este sistema como son infección de pines, retracción tendinosa relativa y desalineación.
- 4- Usar pines con hidroxapatita por mejor tolerancia, menor tasa de infecciones y riesgo de aflojamiento en sistemas que se prolongan en el tiempo.
- 5- Tener previsto material de recambio (fichas) en consultas.
- 6- Usar fijadores puede ser más adecuado cuando se tiene planificado un 2º tiempo de abordaje en rodilla.

BIBLIOGRAFÍA:

- Price CT, Mann JW. Experience with the Orthofix device for limb lengthening. Orthop Clin North Am. 1991 Oct;22(4):651-61. PMID: 1945343.
- Bridgman SA, Bennet GC, Evans GA, Stirling J. Leg lengthening. J R Coll Surg Edinb. 1993 Apr;38(2):101-4. PMID: 8478826.
- Vázquez Rueda F, Blanco López F, Ayala Montoro J, Gutiérrez Cantó M, Valdivieso García JL, Ocaña Losa JM. Alargamientos óseos en niños [Bone lengthening in children]. Cir Pediatr. 1993 Oct;6(4):173-7. Spanish. PMID: 8123436.
- De Bastiani G, Aldegheri R, Renzi-Brivio L, Trivella G. Limb lengthening by callus distraction (callotaxis). J Pediatr Orthop. 1987 Mar-Apr;7(2):129-34. doi: 10.1097/01241398-198703000-00002. PMID: 3558791.
- Forriol F, Iglesias A, Arias M, Aquerreta D, Cañadell J. Relationship between radiologic morphology of the bone lengthening formation and its complications. J Pediatr Orthop B. 1999 Oct;8(4):292-8. PMID: 10513367.
- Van Cappelle HG, Visser JD. Goede resultaten, maar veel complicaties bij unilaterale beenverlengingstechnieken [Good results but many complications in unilateral leg lengthening techniques]. Ned Tijdschr Geneesk. 1995 Jul 29;139(30):1542-6. Dutch. PMID: 7675131.

