

LESIÓN FISARIA EN TIBIA DISTAL EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE

Vidart Anchía, M¹; Menéndez Crespo, MT¹; Álvarez Muñoz, M¹; Gallego Herrero, C²; Marti Ciruelos, R¹

1 Sección Ortopedia Infantil. Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

2 Sección Radiología Infantil. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas fisarias en pacientes con mielomeningocele (MM) son infrecuentes, pero susceptibles de desplazamiento y producir barras fisarias.

Con frecuencia se diagnostican erróneamente como infecciones retrasando el tratamiento adecuado.

OBJETIVOS

Reportar errores diagnósticos de infección sobre lesiones fisarias de tibia distal en pacientes con mielomeningocele (MM)

MATERIAL Y MÉTODOS

Serie con revisión retrospectiva de tres casos de errores diagnósticos de infección sobre lesiones fisarias de tibia distal en pacientes con MM en la edad pediátrica

Caso clínico 1

MM nivel L3. A los 5 meses de osteotomía desrotadora de tibia distal tumefacción, aumento de temperatura y enrojecimiento del tobillo. Cultivo estéril. Resonancia magnética (RM): Lesión metafisaria con sospecha de secuestro. Se realiza curetaje con cultivo estéril. Se manejó como osteomielitis (OM) crónica.

2 meses después, nueva tumefacción al iniciar la carga, y tras 4 meses aparece nueva tumefacción, aumento de temperatura y coloración con sospecha de OM.

RM: Desplazamiento fisario y colección con cultivo negativo. Se diagnosticó de epifisiolisis y se estabilizó con tornillos.

2 años después recurre la sintomatología en tobillo contralateral. Inicialmente manejada como OM, siendo detectada posteriormente fractura fisaria de tibia distal.



Caso clínico 2

MM nivel L4. Tumefacción, aumento de temperatura y rubeosis en tobillo derecho. Fisis ensanchada en la radiografía (RX) con reacción perióstica y edema de partes blandas,

RM: Epifisiolisis crónica con sospecha añadida de OM con cultivo negativo. Tras 4 meses, al iniciar la carga, los síntomas recurren y se maneja con antibioterapia oral, detectando posteriormente fractura de estrés fisaria de tibia distal.



Caso clínico 3

MM nivel L3. Aumento de temperatura, rubeosis y tumefacción en tobillo, manejada con hospitalización y antibioterapia empírica, con cultivo negativo.

2 días tras el alta cuadro de celulitis. RM con sospecha de fractura fisaria de tibia y peroné sin descartar sobreinfección. Muestra de colección subperióstica con cultivo negativo.

Tratamiento con inmovilización y antibioterapia.

CONCLUSIONES

Wenger describió en 1980 las lesiones fisarias en pacientes parapléjicos por traumatismos de repetición, que pasan desapercibidas o se confunden con infecciones o tumores por su aspecto radiológico, comparándolas con la artropatía de Charcot.

Las lesiones fisarias en MM deben sospecharse ante la rubeosis, aumento de temperatura y tumefacción con imagen radiológica de ensanchamiento fisario y separación metafisaria. Es preciso un diagnóstico diferencial con osteomielitis, por su alta incidencia en esta población debido a la falta de sensibilidad, ulceraciones crónicas e incontinencia de esfínteres con sondajes de repetición.

La consolidación precisa un tiempo prolongado. El diagnóstico precoz es clave para evitar procedimientos innecesarios.

Bibliografía

1. Wenger DR et al; The guarded prognosis of physal injury in paraplegic children. *J Bone Joint Surg.* 1980;62(2):241–246.
2. Rodgers WB et al; Chronic physal fractures in myelodysplasia. *J Pediatr Orthop* 1997;17:615