

OSTEOTOMÍA EXTENSORA FEMORAL DISTAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE RETT Y DEFORMIDAD EN FLEXO RÍGIDO DE FÉMUR DISTAL

Autores: Rebeca Marras Segura, Teresa Colomina Laiz, Sergio Lopez Lopez, Jorge Tecles Peydro, Jose Luis Rodrigo Perez.
Hospital Doctor Peset, Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente con diagnóstico de Síndrome de Rett que no deambula desde hace aproximadamente dos años debido a la presencia de una deformidad de fémur distal izquierdo sin antecedente conocido. Para intentar mejorar su calidad de vida y posibilitar la bipedestación se decide realizar una osteotomía extensora de fémur distal.

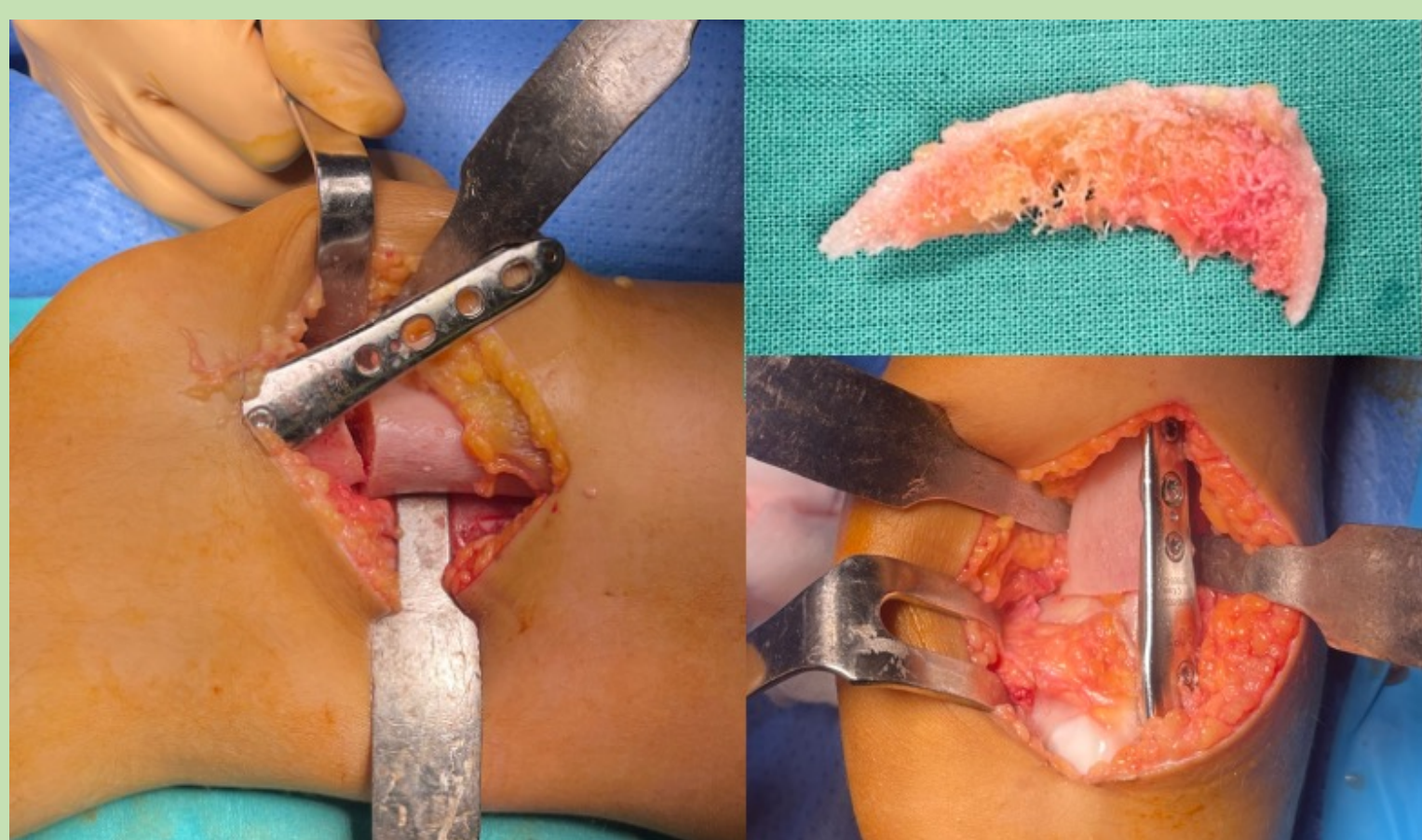
MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 13 años diagnosticada de Síndrome de Rett. A la exploración la paciente no deambula y bipedesta con ayuda manteniendo el miembro izquierdo en flexo rígido de rodilla de 30°. No se observan alteraciones rotacionales ni axiales de la rodilla.



Imagen 1: Flexo rígido de rodilla.

En las radiografías realizadas se observa en la región posterior de la fisis del fémur distal izquierdo un posible puente fisario que justificaría la deformidad en flexo a dicho nivel. Se realiza una tomográfica computarizada que confirma la presencia del puente óseo fisario en la vertiente central posterior femoral distal. La familia no recuerda ningún antecedente de causas de cierre fisario. Ante la imposibilidad para la bipedestación de la paciente se decide realizar una osteotomía extensora de fémur distal izquierdo. Bajo anestesia general con manguito de isquemia se realiza una incisión en cara lateral de fémur distal. Bajo control de escopia se realiza una osteotomía con sierra y escoplo extrayendo una cuña trapezoidal. La osteotomía se fija con una placa en la cara lateral del fémur. Se cierra por planos y se comprueba extensión completa del miembro intervenido. Se coloca una férula cruropédica posterior.



Composición 1: Osteotomía de fémur distal, extracción de cuña trapezoidal y fijación con placa.

RESULTADOS

La paciente es dada de alta a la semana de la intervención sin complicaciones postoperatorias. Al mes la paciente presenta un balance articular pasivo adecuado con extensión completa. A los tres meses la paciente bipedesta con apoyo bipodal manteniendo ambas rodillas en extensión. A la radiografía se observa una corrección de la deformidad en flexo del fémur distal izquierdo con una adecuada evolución de la consolidación de la osteotomía.



Composición 2: Radiografía al mes de la cirugía.

CONCLUSIONES

La osteotomía extensora en este caso consigue realinear el miembro mejorando la calidad de vida de la paciente y sin repercusiones a nivel articular ni de partes blandas.

BIBLIOGRAFÍA

- Caviglia HA, Perez-Bianco R, Galatro G, Duhalde C, Tezanos-Pinto M. Extensor supracondylar femoral osteotomy as treatment for flexed haemophilic knee. Haemophilia. 1999 Mar;5 Suppl 1:28-32.
- de Moraes Barros Fucs PM, Svartman C, de Assumpção RM. Knee flexion deformity from poliomyelitis treated by supracondylar femoral extension osteotomy. Int Orthop. 2005 Dec;29(6):380-4.