

Evolución en la epifisiolisis distal del fémur: a propósito de un caso

Moreno Oñate, B., Rodríguez Sanguino, MP., García Hernández, JM., Conde Albarracin, A., Yrayzoz Fuentes, J.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Las epifisiolisis de fémur distal son raras en niños, siendo infrecuentes las tipo I de Salter Harris (SH) y asociándose a traumatismos de alta energía.

Se presenta un caso de epifisiolisis tipo I de SH de extremo distal de fémur, su diagnóstico, abordaje y resultados clínicos tras el manejo quirúrgico en nuestro centro.

MATERIAL Y METODO

Paciente de 14 años sin antecedentes destacables que presentó una epifisiolisis desplazada de extremo distal de fémur por mecanismo de alta energía mientras frenaba en un columpio (1) (2).

Se trató mediante reducción cerrada bajo escopia y osteosíntesis percutánea con agujas de Kirschner (AK) retrogradas y montaje cruzado, consiguiendo estabilidad en la fractura. Se inmovilizó con férula inguinopédica y se mantuvo en descarga durante 6 semanas (3)(4).

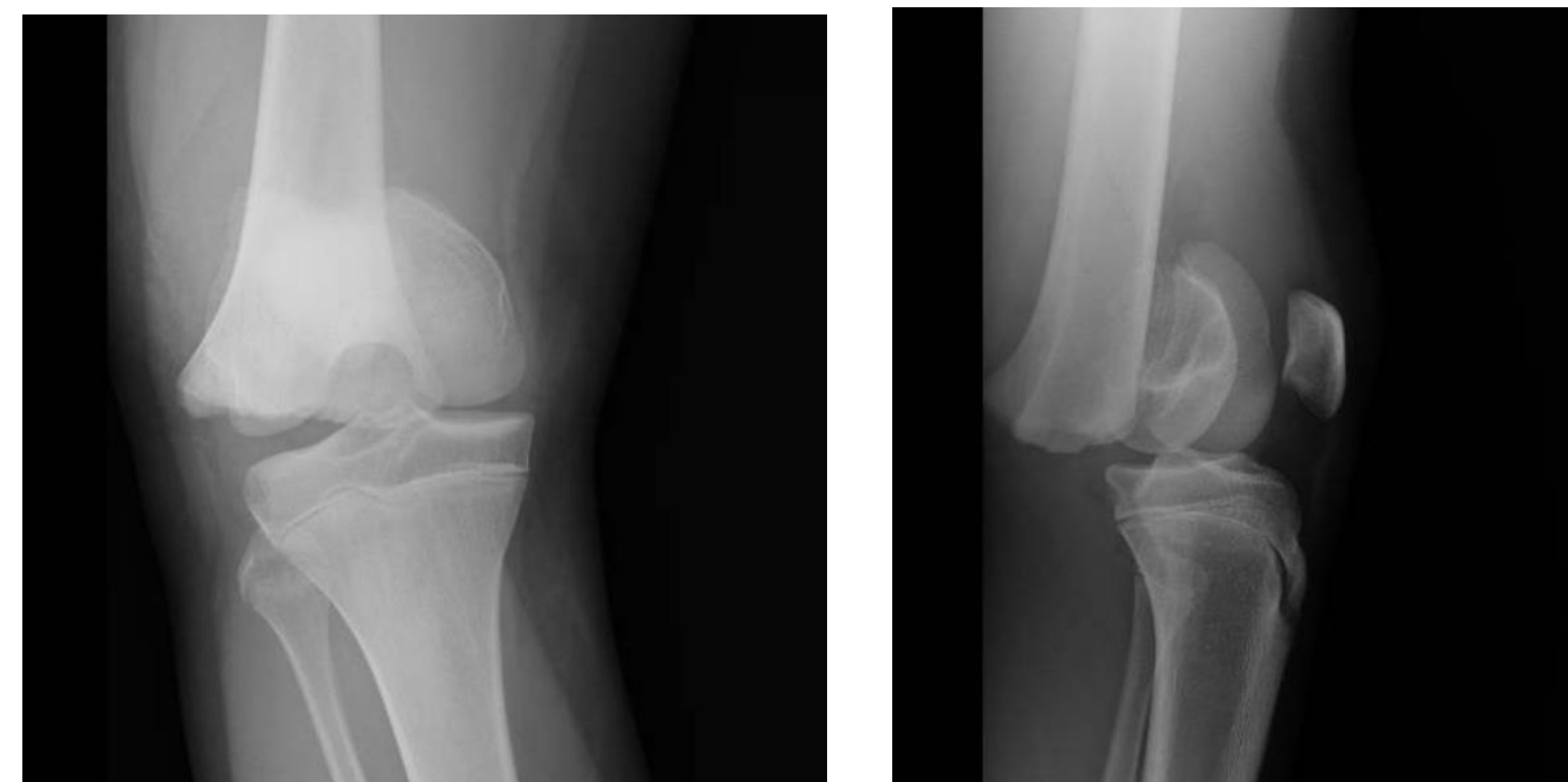
RESULTADOS

Tras 6 semanas de reposo inició la rehabilitación con carga parcial y ejercicios de movilidad articular.

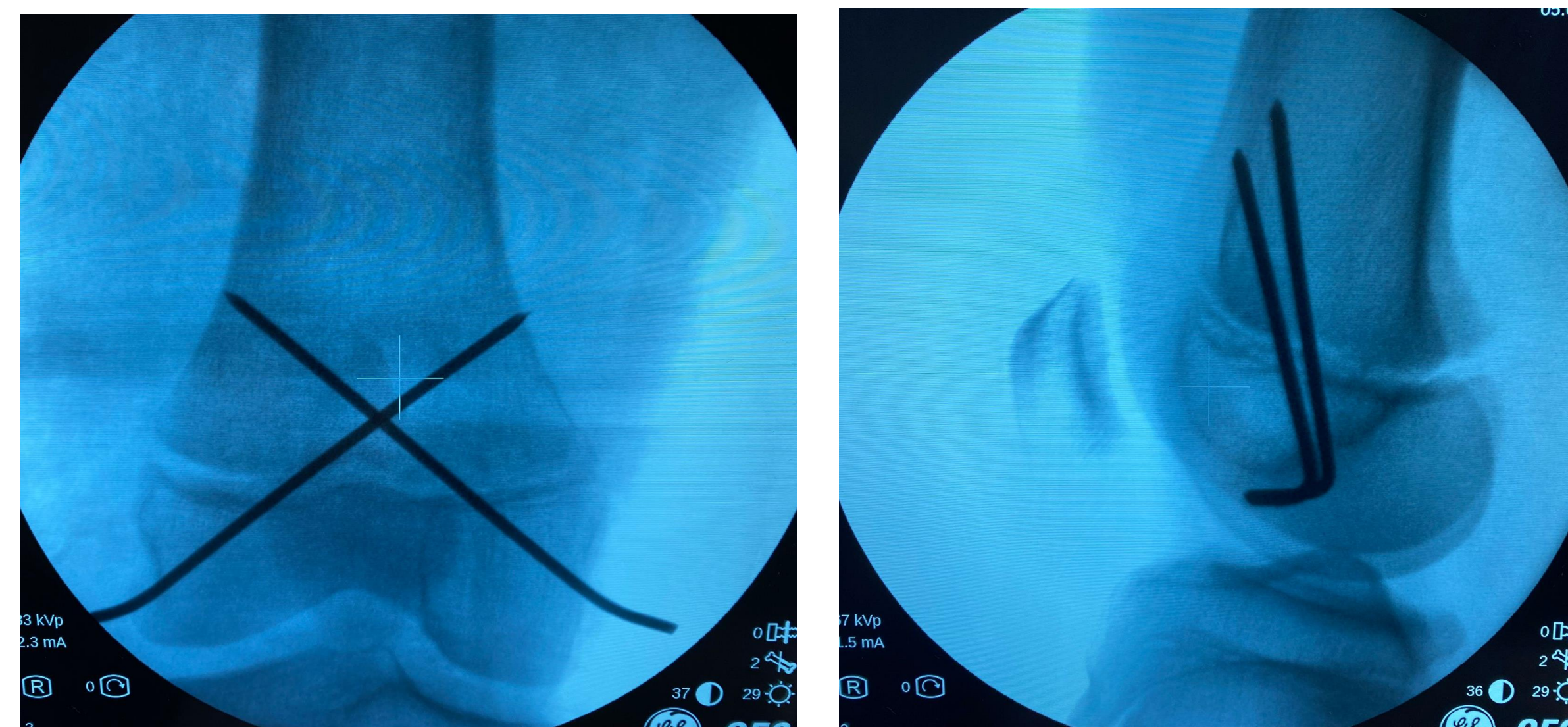
Tras 9 meses se mantuvo buena evolución clínica: balance articular completo y deambulación sin ayudas.

Radiográficamente no se observaron signos de cierre fisario ni irregularidades óseas (5)(6).

Telemetría de miembro inferior sin alteración del eje mecánico de la extremidad.



IMÁGENES 1 Y 2: RADIOGRAFÍA DE EPIFISIOLISIS DE EXTREMO DISTAL DE FÉMUR A LA LLEGADA A URGENCIAS



IMÁGENES 3 Y 4: IMÁGENES DE ESCOPIA INTRAOPERATORIA TRAS REDUCCIÓN Y FIJACIÓN INTERNA



IMÁGENES 5 Y 6: RADIOGRAFIA CONTROL TRAS 6 MESES DE SEGUIMIENTO

CONCLUSIÓN

Las epifisiolisis de fémur distal son poco habituales, pero de gran importancia por la gran comorbilidad que pueden desencadenar, dependiendo de factores como la clasificación de SH, el desplazamiento o la edad. Resulta determinante una reducción precoz seguida de inmovilización. En los casos donde no sea posible la reducción cerrada se debe optar por la reducción abierta y retirada de tejidos blandos y periostio interpuestos. El uso de AK lisas transfisarias con el menor número de intentos de fijación posibles, disminuye el riesgo de lesión del cartílago de crecimiento. Otro factor determinante en el desarrollo de complicaciones es la calidad de la reducción. La complicación más frecuente es la alteración del crecimiento produciendo dismetrías en hasta el 36% de las fracturas SH tipo I y en el 60% de las tipo IV. El seguimiento debe ser de al menos 2 años para valorar el posible cierre fisario asociado.