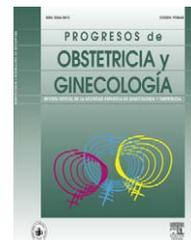


PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Deficiencia femoral focal proximal. Diagnóstico prenatal

María Elena Abad Benítez^{a,*}, Angelita Serrano Aguiar^b, Alberto Martínez González^a y Ramón Iranzo Balta^a

^aDepartamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Comarcal Mora D' Ebre, Mora de Ebro, Tarragona, España

^bDepartamento de Pediatría Hospital Comarcal Mora D' Ebre, Mora de Ebro, Tarragona, España

Recibido el 18 de octubre de 2010; aceptado el 10 de noviembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Deficiencia femoral focal proximal;
Diagnóstico prenatal;
Displasia esquelética

KEYWORDS

Proximal focal femoral deficiency;
Prenatal diagnosis;
Skeletal dysplasia

Resumen La deficiencia femoral focal proximal es una anomalía esquelética poco frecuente, con una incidencia estimada en 1 por 50.000 nacidos vivos. Describimos un caso de deficiencia femoral focal proximal detectado por ecografía a las 28 semanas de gestación. Se discute el diagnóstico diferencial, el pronóstico y el manejo de esta condición.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Proximal femoral focal deficiency: Prenatal diagnosis

Abstract Proximal femoral focal deficiency is a rare skeletal anomaly with an estimated incidence of 1:50.000 live between 50.000 and births. We report a case of proximal femoral focal deficiency diagnosed by ultrasound at 28 weeks gestation. Differential diagnosis, prognosis and management are discussed.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las displasias esqueléticas constituyen un grupo heterogéneo de alteraciones que afectan al desarrollo y crecimiento del sistema músculo esquelético. La prevalencia de las displasias esqueléticas diagnosticadas de forma prenatal o en el periodo neonatal inmediato es de 2,4-4,5 por 10.000¹. Se han documentado más de 200 subtipos. Las cuatro más frecuentes son la displasia tanatofórica, la acondroplasia, la osteogénesis imperfecta y la acondrogénesis, las cuales

constituyen el 62% de todas las anomalías esqueléticas de carácter letal². La deficiencia femoral focal proximal ocurre en 1 por cada 50.000 nacidos vivos³. La forma unilateral representa el 85-90% de los casos⁴. Describimos un caso de deficiencia femoral focal proximal detectado en una ecografía a las 28 semanas programada según protocolo de nuestro servicio. Se discuten el diagnóstico diferencial, el pronóstico y el manejo obstétrico de esta alteración.

Caso clínico

Se trata de una paciente de 32 años de edad, en su tercera gestación, que acude a consulta ambulatoria para control ecográfico de las 28 semanas. Tiene una hija sana de 9 años,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mabadbe@hotmail.com (M.E. Abad Benítez).

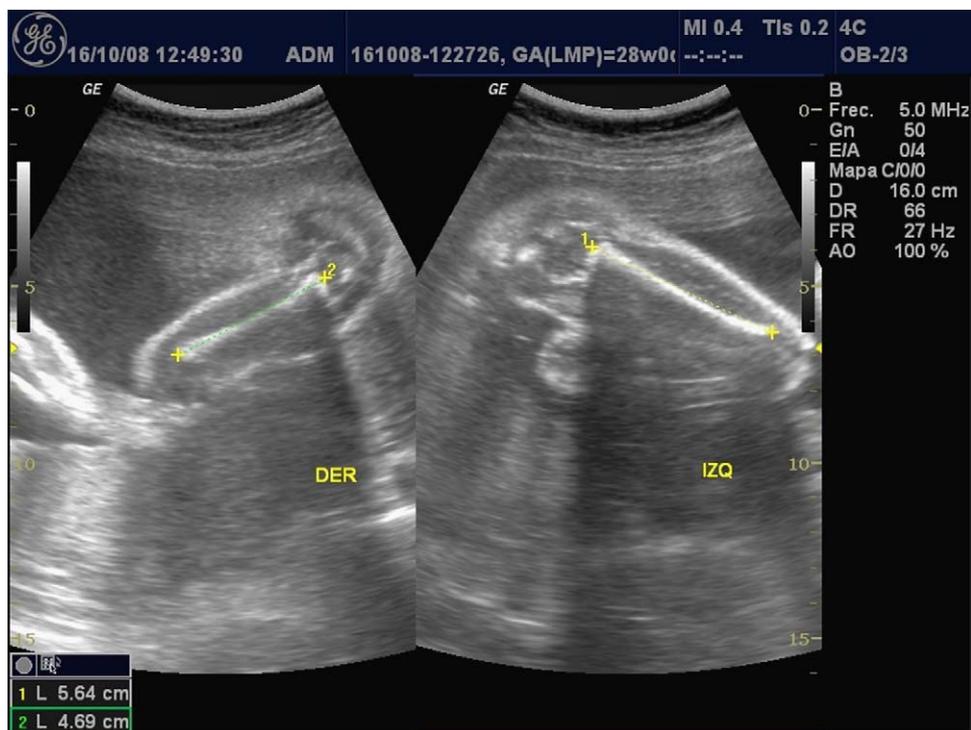


Figura 1 Asimetría de 1 cm entre ambos fémures.

sin malformaciones congénitas, y antecedente de un aborto espontáneo en el primer trimestre. No se recogen antecedentes de importancia en el embarazo. Niega exposición a drogas, factores ambientales o radiación. No tiene antecedentes familiares relevantes.

En la exploración ultrasónica se aprecia un feto único en presentación cefálica con biometría acorde a fecha de última regla a excepción de asimetría en la medición de los fémures, con 56 mm el izquierdo y 46 mm el derecho (fig. 1). Se midieron el resto de los huesos largos, encontrándose todos acordes a la edad gestacional, sin evidencia de desmineralización, angulaciones o fracturas. El perfil facial era normal, así como el resto de la anatomía fetal. Con estos datos se orienta el caso como posible deficiencia femoral focal proximal. Se realiza seguimiento ecográfico cada 4 semanas hasta el término, documentándose una diferencia de 12 mm para ese momento.

El embarazo culminó con un parto eutócico a las 39 semanas. Se administró profilaxis antibiótica durante el trabajo de parto por *S. agalactiae* positivo en cultivos vaginal y rectal. Nació una niña de 3.120 kg con Apgar 10-10. En la exploración física inicial se confirma la dismetría de extremidades inferiores debido al acortamiento del muslo derecho (figs. 2 y 3). No se observan rasgos dismórficos, signos de displasia de cadera ni otras alteraciones esqueléticas. La diferencia en la longitud de las extremidades inferiores era de 1,5 cm, debida exclusivamente a la dismetría en la longitud femoral. La radiografía confirmó el acortamiento (fig. 4). Se descartaron alteraciones en otros huesos de la pelvis y extremidades inferiores, además de displasia de cadera, tanto radiológica como ecográficamente. Actualmente, la niña tiene 6 meses; fue evaluada por el servicio de traumatología y ortopedia infantil de nuestro centro de referencia, donde se confirma la impresión diagnóstica y continuará seguimiento.



Figuras 2 y 3 Acortamiento del muslo derecho.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968885>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968885>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)