



ORIGINAL

Osteotomía cervical cuneiforme femoral para el tratamiento de la secuela de epifisiolisis

D. Parodi^{a,b,c,*}, J. Besomi^{a,b,c}, C. Tobar^{a,b,c}, J. Valderrama^{a,c}, L.E. Moya^{a,b,c},
C. Mella^{a,c}, J. Lara^{a,c} y J. López^{a,b,c}

^a Unidad de Cadera y Pelvis, Clínica Alemana de Santiago, Chile

^b Departamento de Traumatología, Hospital Padre Hurtado, Chile

^c Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Chile

Recibido el 5 de septiembre de 2010; aceptado el 22 de diciembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Epifisiólisis;
Luxación controlada
de cadera;
Pinzamiento
femoro-acetabular;
Osteoartritis de
cadera

KEYWORDS

Epiphysiolysis;
Surgical hip
dislocation;

Resumen

Introducción: La alteración anatómica de la epifisiólisis no tratada, prototipo de la deformidad del pinzamiento femoro-acetabular tipo cam, causa degeneración articular precoz de la cadera. **Objetivo:** Describir una técnica original de osteotomía cervical cuneiforme (OCC) para reposicionar anatómicamente la epífisis femoral, en la secuela de epifisiólisis.

Material y método: Se operaron 7 caderas en 6 pacientes masculinos, con secuela de epifisiólisis severa; edad promedio de 15 años (13-16), cuyo motivo de consulta fue coxalgia y claudicación severa de 9,2 meses promedio. Todos con cierre del cartilago fisiario femoral al momento de la consulta.

Técnica quirúrgica y resultados: En todos los casos se efectuó una OCC y reposición de la epífisis femoral. Se realizó disección y elevación del periostio cervical para proteger los vasos epifisarios de la cabeza femoral; a continuación se ejecutó la OCC, se reposicionó la epífisis femoral en la ubicación anatómica y se realizó una osteosíntesis. Se logró una corrección del ángulo eje epifisario desde 66° preoperatorio a 11° postoperatorio. El seguimiento promedio fue 37 meses (4-59).

Conclusión: La OCC femoral, propuesta en pacientes con secuela de epifisiólisis, es una alternativa de tratamiento, que logra buenos resultados anatómicos y radiológicos en pacientes jóvenes.

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

Cuneiform osteotomy of femoral neck as treatment for slipped capital femoral epiphysis sequelae

Abstract

Introduction: Abnormal hip anatomy of untreated Slipped Capital Femoral Epiphysis (SCFE), a prototype of cam impingement deformity, is a cause of early hip degeneration.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danteparodi@gmail.com (D. Parodi).

Femoroacetabular
impingement;
Hip osteoarthritis

Objective: To describe an original technique of cuneiform osteotomy of the femoral neck to relocate femoral epiphysis in patients with sequelae of SCFE.

Methods: Seven hips in 6 male patients with sequelae of severe SCFE, with a mean age of 15 years (13-16), and with a mean of 9.2 months of hip pain and severe limp, were treated. All of the cases had closed growth cartilage at the time of consultation.

Surgical technique and results: In all cases we performed a cuneiform osteotomy of the femoral neck with relocation of epiphysis. A dissection and elevation of cervical periosteum to protect the epiphyseal vessels of the femoral head was performed. Then, the cuneiform osteotomy of the femoral neck was performed with relocation of the femoral epiphysis to the anatomical position and osteosynthesis. We achieved an epiphyseal-shaft angle correction from 66° preoperative to 11° postoperative. The mean follow up was 37 months (4-59).

Conclusion: Cuneiform osteotomy of the femoral neck proposed in patients with sequelae of SCFE is an alternative treatment that achieves good anatomical and imaging results in young patients.

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

Introducción

La epifisiólisis corresponde a un desplazamiento antero-superior de la metáfisis a través de la fisis sobre la epífisis femoral, que permanece en el acetábulo. Esta falla a nivel del cartílago de crecimiento crea una deformidad tridimensional caracterizada por varo del fragmento distal en el plano coronal, extensión en el plano sagital y rotación externa en el axial¹. Corresponde a una patología de la adolescencia con una incidencia de 0,2-10 por 100.000^{1,2}, de etiología desconocida. Sus principales factores de riesgo son biomecánicos: obesidad, retroversión femoral y oblicuidad de la fisis aumentada y bioquímicos —cambios hormonales propios de la pubertad— que en conjunto llevan a una mayor debilidad de la fisis^{1,3}. Es más frecuente en hombres (60%)^{1,2}. Es bilateral en un 20-50% de los casos y la edad promedio al momento del diagnóstico es 13,5 años en hombres y 12 en mujeres¹.

Actualmente se clasifica en estable e inestable dependiendo de la capacidad para caminar del paciente; es estable cuando el paciente es capaz de caminar con o sin bastón y típicamente se presenta con coxalgia, claudicación y limitación de los rangos de movimiento, particularmente de la rotación interna; e inestable cuando no es capaz de caminar con o sin bastón y habitualmente presentan dolor intolerable. Esta clasificación tendría valor pronóstico en términos de riesgo de desarrollar complicaciones como necrosis avascular (NAV)^{1,4}.

El diagnóstico se confirma con radiografía antero-posterior (AP) y proyección de Lauenstein, las que demuestran el desplazamiento postero-inferior de la epífisis en relación con la metáfisis. Además se puede observar en la radiografía de pelvis AP el signo de Steel —doble densidad radiográfica dada por la superposición de la epífisis y la metáfisis medial— y la epífisis justo bajo la línea de Klein trazada sobre el borde antero-superior del cuello femoral (fig. 1). La severidad de la epifisiólisis se puede clasificar de acuerdo al grado de desplazamiento de la epífisis sobre la metáfisis en: leve (< 33%), moderado (33-50%) o severo (> 50%)^{1,5}; o bien según la diferencia entre los ángulos del eje epifisiario: leve (< 30°), moderado (30-50°) o severo (> 50°)^{1,6}.

El tratamiento precoz está indicado con el fin de prevenir la progresión y evitar las complicaciones: NAV y condritis.



Figura 1 Radiografía de pelvis, AP que muestra epífisis bajo la línea de Klein en la cadera izquierda, signo radiológico de epifisiólisis.

El tratamiento frecuentemente recomendado es la fijación *in situ* con un tornillo para la epifisiólisis estable, mientras que para la epifisiólisis inestable lo es la aspiración articular inmediata o urgente (para remover el hematoma, disminuir la presión intraarticular y así mejorar la perfusión hacia la cabeza femoral⁷), seguida de reducción y fijación con un tornillo^{1,8,9}. Recientemente han sido propuestos enfrentamientos terapéuticos que buscan restaurar la anatomía en la epifisiólisis aguda con cirugía de Dunn modificada a través de LQCC (Luxación Quirúrgica Controlada de Cadera)^{10,11}. El objetivo es restaurar la función de la cadera y movilidad libre de pinzamiento femoro-acetabular para prevenir posteriormente la degeneración articular precoz. Aún existe controversia respecto al grado tolerable de desplazamiento de la epífisis femoral que no llegue a comprometer la función y evite la osteoartritis precoz^{11,12}.

Sin embargo, el tratamiento para la secuela de epifisiólisis —una vez que ha ocurrido consolidación ósea— sigue siendo controversial^{13,14}. Biring GS et al¹⁴ publicó una serie de 25 caderas operadas mediante osteotomía cuneiforme subcapital, descrita por Fish¹⁵ a través de un abordaje de Watson Jones para pacientes con epifisiólisis severa y madurez esquelética obteniendo resultados clínicos y radiológicos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4086630>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4086630>

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