

“CASE REPORT: CORRECCIÓN PROGRESIVA DE GENU VARO EN PACIENTE CON RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO”.

Autor: De La Rubia Ortega, C.

Coautores: Rodrigo Pérez, P; Sánchez García, A; Povedano Martínez C, Sánchez Delgado, A.

Departamento de Cirugía ortopédica y traumatología, HRUM.



INTRODUCCIÓN

El genu varo es una queja habitual en las consultas de traumatología pediátrica, siendo en su mayoría de causa fisiológica. Sin embargo, puede ser congénito siendo el raquitismo hipofosfatémico ligado al cromosoma X la forma hereditaria más común de raquitismo.

Un eje mecánico correcto asegura un reparto de cargas homogéneo en cadera, rodilla y tobillo. En el caso de genu varo, se produce una concentración de cargas patológica a nivel del compartimento femorotibial medial.

Debido a esto, en caso de deformidad severa o discapacitante a pesar de tratamiento y terapia médica óptima es indicativo de cirugía.

OBJETIVOS

- Estudiar la presentación, diagnóstico, tratamiento y evolución del genu varo a propósito de un caso observado en una paciente con raquitismo hipofosfatémico.

CASO CLINICO

- Paciente de 11 años.
- No alergias medicamentosas conocidas.
- AP: Raquitismo Hipofosfatémico ligado a X (Deleción de los exones 13 al 22 del gen PHEX).
- Derivada a servicio de “Traumatología infantil” por genu varo progresivo.
- Tratamiento ortopédico realizado sin resultado satisfactorio.
- Seguimiento por parte de servicio de rehabilitación simultáneamente.



PRIMERA INTERVENCIÓN

- Hemiepifisiodesis bilateral lateral de fémur distal y tibia proximal mediante placas en ocho.



Figura 1. Radiografía primera consulta postoperatoria .

SEGUIMIENTO DE GENU VARO



Figura 2. Telemetrías de seguimiento anual. Años 2019, 2020, 2021 y 2022.

- Apreciamos evolución aceptable los tres primeros años.
- Sin embargo, el grado de corrección fue deteriorándose con menor corrección en lado izquierdo.
- Se presenta caso en sesión clínica de unidad. Se acuerda junto con paciente y familiares realizar nueva intervención correctora.

CONCLUSIONES

- El genu varo patológico es una entidad progresiva que debe ser diagnosticada y tratada de manera precoz, sin ser la cirugía la primera elección.
- Las deformidades angulares a nivel de rodilla tienen diversas maneras de abordaje, pueden realizarse de manera independiente o secuencialmente en caso de ser necesario. La comprensión por parte del paciente de las posibles intervenciones necesarias debería ser confirmado en consulta.
- Es de radical importancia el abordaje conjunto entre traumatología y rehabilitación, ya que aunque se consigan resultados radiológicos post operatorios satisfactorios, estos pueden no reflejarse clínicamente sin una adecuada rehabilitación y fisioterapia acompañante.

SEGUNDA INTERVENCIÓN

- Retirada de placas en 8
- Osteotomía tibial bilateral + valguización de ambas mediante fijadores externos hexápodos TrueLok.

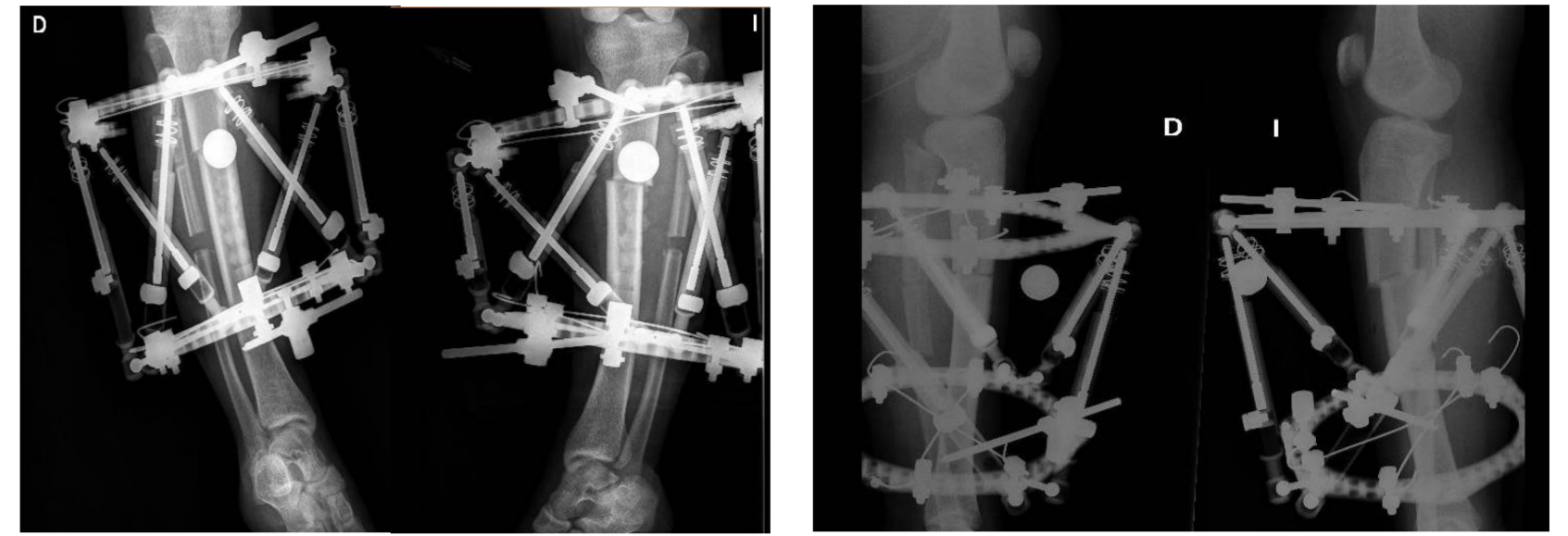


Figura 3. Radiografía post operatoria. Normo posicionamiento de sistema hexápodo TrueLock.

SEGUIMIENTO DE GENU VARO

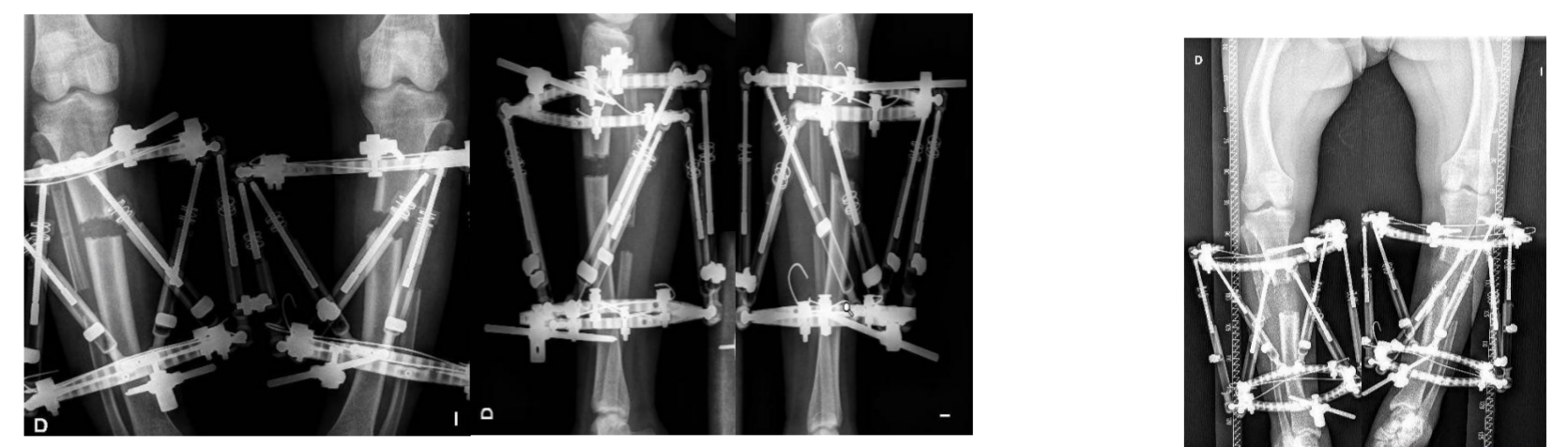


Figura 4. Radiografías de seguimiento al mes y a los dos meses post operatorios.

- Seguimiento en consulta, observándose una corrección valguizada con unos 4 cm de alargamiento en el 2º mes post operatorio.



Figura 5. Radiografías de seguimiento a los 5 meses y al año post operatorio.

- A los 5 meses y medio se aprecia alargamiento de 5cm y corrección angular de tibias satisfactoria. Frenado del alargamiento y se mantienen fijadores durante 7.5 meses.
- Completado el periodo de estabilización del eje tibial, se programa retirada de fijador y corrección de eje a nivel de varo femoral.

TERCERA INTERVENCIÓN

- Retirada de fijadores hexápodos.
- Colocación de fijadores LRS en fémures con osteotomía valguizante.

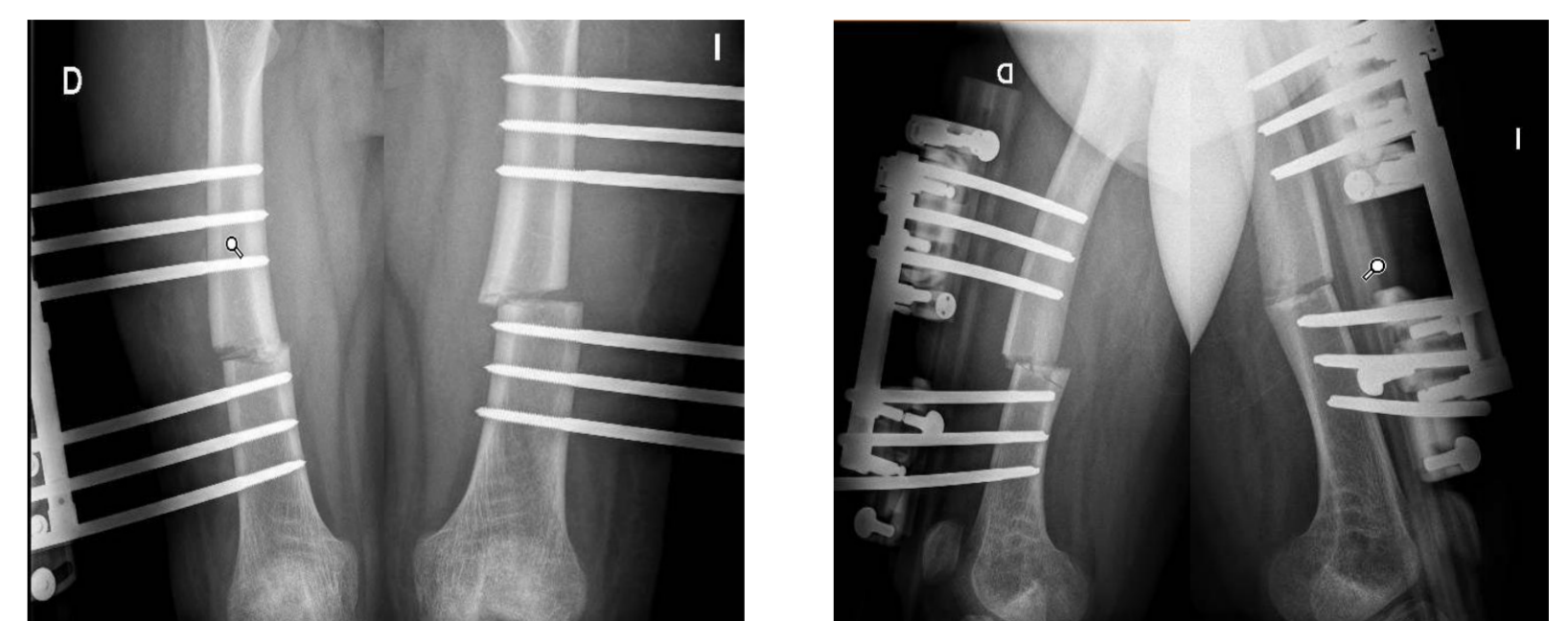


Figura 6. Radiografías del postoperatorio inmediato tras colocación de fijador LRS.

- Actualmente en seguimiento y fase de alargamiento femoral.
- Seguimiento conjunto por parte de servicio de rehabilitación consiguiendo de esta manera buenos resultados a nivel de balance articular tanto de rodilla como tobillo bilateral.

