

FALLO DEL IMPLANTE EN EPIFISIOLISIS FEMORAL PROXIMAL TRATADA CON TORNILLO

CANULADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rico Ferrández, Miranda ¹; Pino Almero, Laura ¹; Mínguez Rey, M^a Fe ²; Guillén Botaya, Enrique ¹

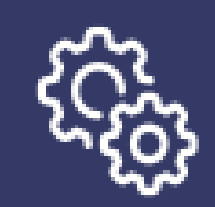
1. Hospital Clínico Universitario de Valencia

2. Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia



OBJETIVOS

Caso clínico de un paciente con epifisiolisis femoral proximal (EFP) bilateral asincrónica tratado mediante fijación in situ con tornillos canulados que presenta fallo del implante.

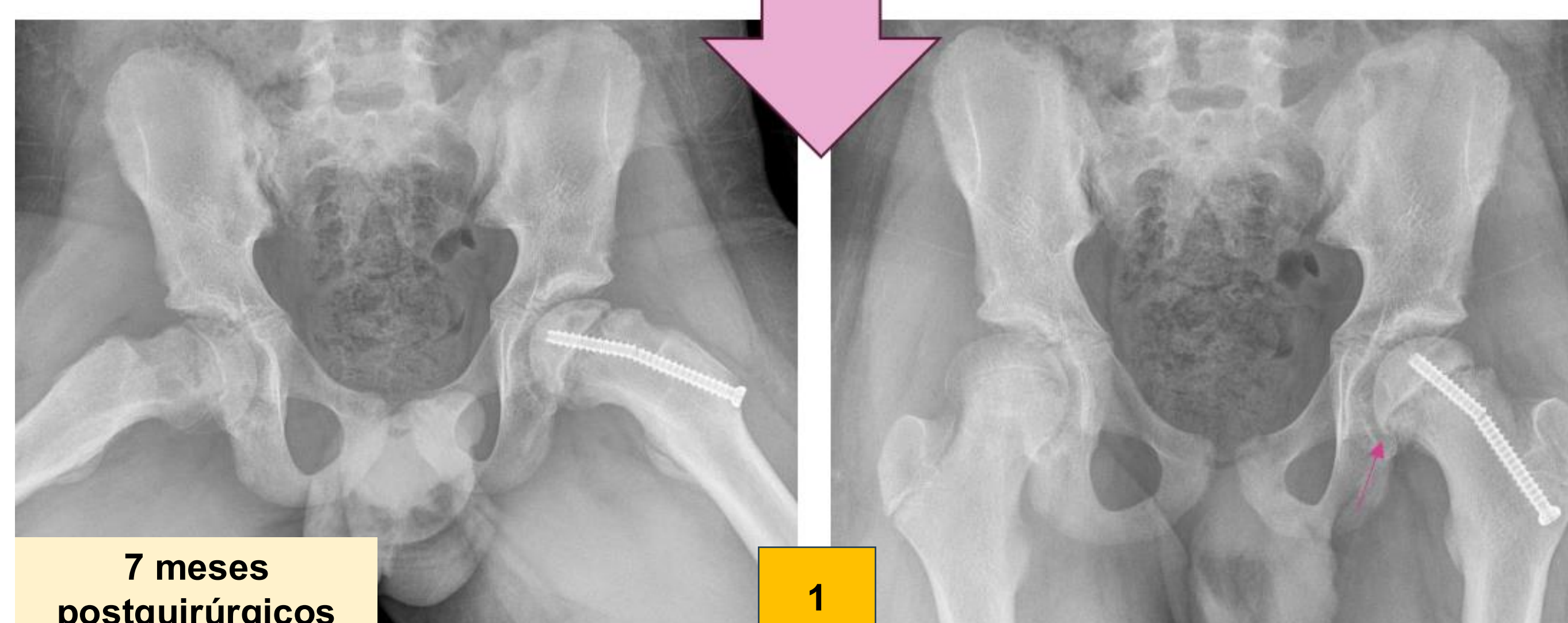


MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente varón de 11 años de origen nigeriano y con obesidad que sufre EFP aguda de cadera izquierda. Es intervenido a las 4 horas mediante fijación in situ con tornillo canulado de 6.5 mm de rosca completa. Presenta buena evolución en el postoperatorio inmediato y es dado de alta a los dos días con indicación de mantenerse en descarga durante 6 semanas, aunque el paciente presenta bajo cumplimiento.

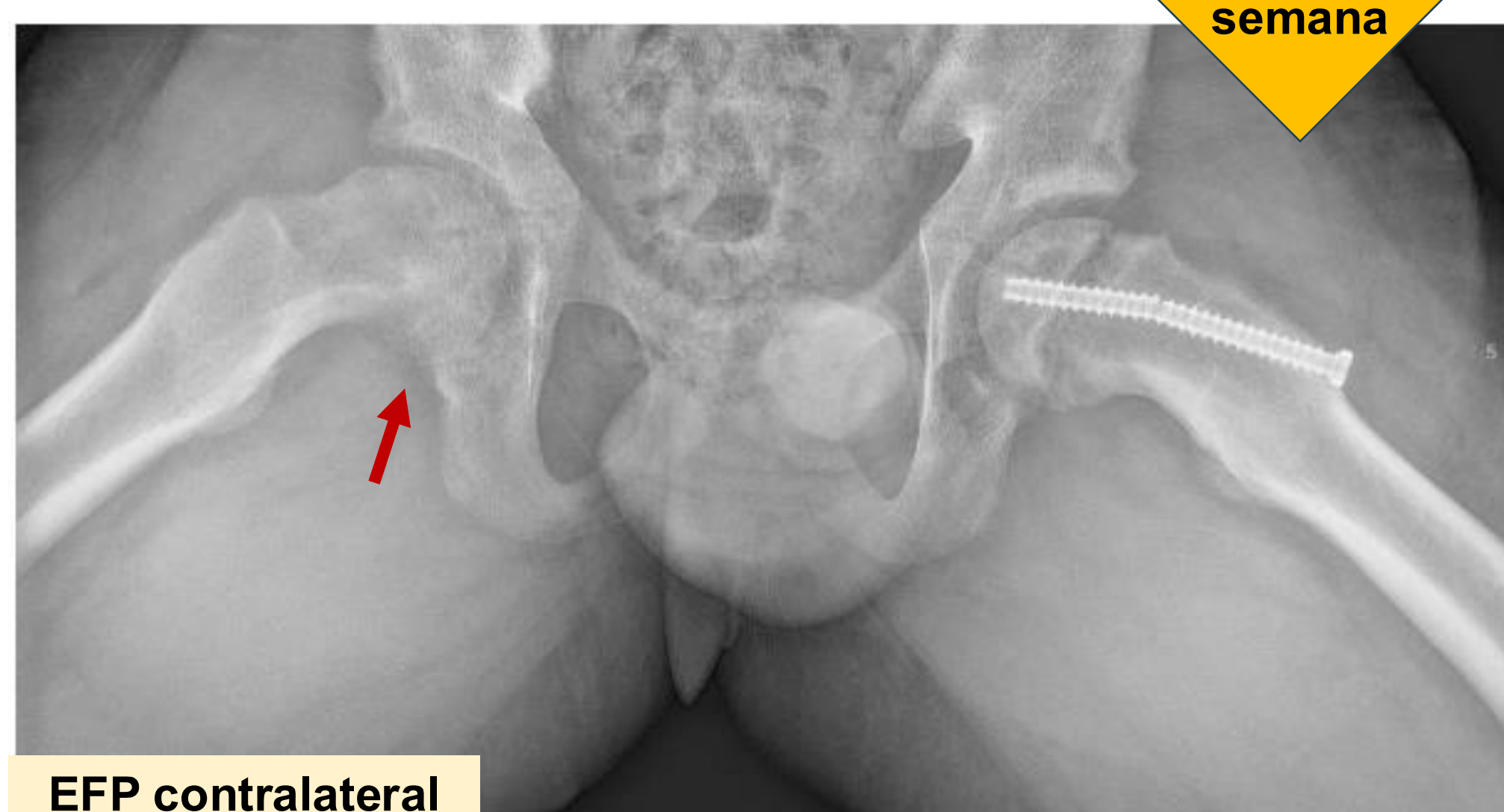


3 meses postquirúrgicos

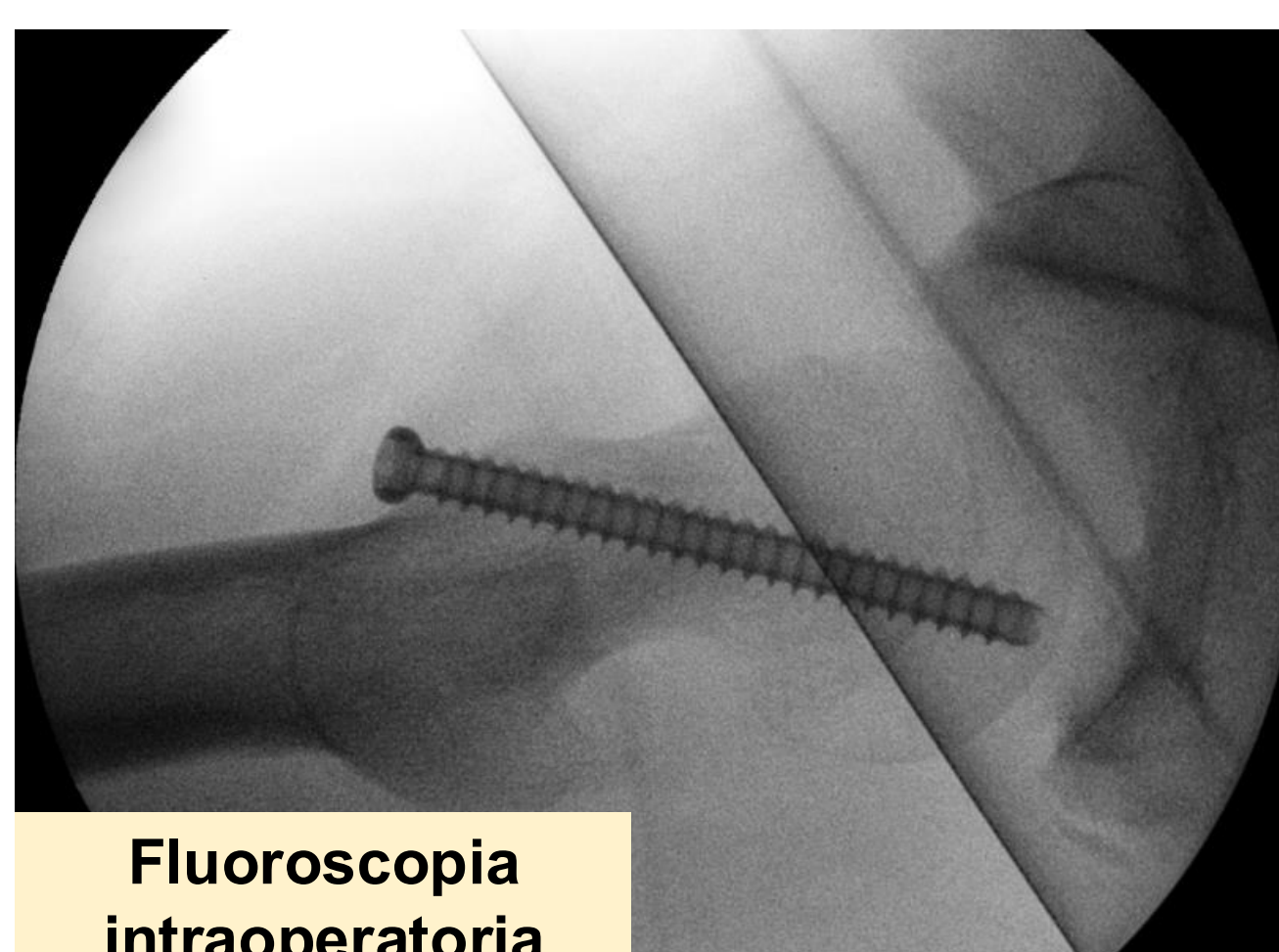


7 meses postquirúrgicos

1 semana



EFP contralateral



Fluoroscopia intraoperatoria

4 meses



RESULTADOS

En el control en la consulta a los siete meses el paciente permanece asintomático pero en la radiografía se aprecia rotura del tornillo distal a la fisis con colapso medial de la cabeza femoral. Una semana después acude a Urgencias por coxalgia contralateral progresiva limitante que le impide la deambulación, observándose en la radiografía deslizamiento de la epífisis femoral proximal derecha. Permanece asintomático de la cadera izquierda. Se realiza fijación in situ a las 5 horas con tornillo canulado de rosca completa de 6.5 mm. Cuatro meses tras la última cirugía (11 meses desde la primera), el paciente está asintomático de ambas caderas y no se aprecia mayor deslizamiento en las radiografías.



CONCLUSIONES

La EFP es una patología típica del adolescente (13-15 años), con una incidencia de 0.2-10 por 100000 niños en el mundo, siendo más frecuente en varones obesos de origen africano, como el caso presentado. Su tratamiento es siempre quirúrgico, habitualmente mediante fijación in situ con tornillo canulado. Según nuestro conocimiento, solo se han descrito en la literatura dos casos de fallo del implante en EFP por Slone et al (2014), por lo que el manejo es todavía controvertido. La rotura en los dos casos mencionados (uno con rosca parcial y otro completa) se produjo de la misma forma que en nuestro paciente, distal a la fisis, aunque de forma más precoz (a las 6 semanas). En aquellos casos de rosca parcial, la retirada de la parte no roscada puede ser sencilla. Sin embargo, la extracción del tornillo roscado puede suponer una agresión en el hueso que no lo justifica en todos los casos. Por ello, si se trata de un fallo precoz, podría mantenerse el implante y asociar a la fijación otro tornillo adyacente. Además, para prevenir esta complicación mecánica, en casos inestables o en los que la adherencia al tratamiento se prevee baja, puede estar indicada la fijación con dos tornillos de entrada. En nuestro caso se optó por vigilancia estrecha, dado que el fallo se dio de forma tardía a los siete meses y el paciente se encontraba asintomático, sin apreciarse en los controles mayor deslizamiento de la epífisis. Por otro lado, existe controversia sobre la fijación profiláctica de la cadera contralateral. La bilateralidad en EFP se da en el 20-40% de los casos, siendo el 80% en los primeros 18 meses. Algunos autores defienden la fijación profiláctica de la cadera contralateral en casos de alto riesgo, como puede ser la inmadurez esquelética y la menor edad (< 10 años en niñas y < 12 años en niños), las alteraciones endocrinas y un ángulo alfa > 50° o ángulo PSA > 12-14.5 medidos en la cadera sana.

Bibliografía:

1. Swarup I, Goodbody C, Goto R, Sankar WN, Fabricant PD. Risk factors for contralateral slipped capital femoral epiphysis: a meta-analysis of cohort and case-control studies. J Pediatr Orthop. 2020;40(7):e574-80.
2. Slone HS, Stacey SC, Mooney JF III. Mechanical failure of single cannulated screw fixation of unstable slipped capital femoral epiphysis. J Pediatr Orthop B. 2014;23(1):49-54.
3. Vink SJC, van Stralen RA, Moerman S, van Bergen CJA. Prophylactic fixation of the unaffected contralateral side in children with slipped capital femoral epiphysis seems favorable: a systematic review. World J Orthop. 2023;14(7):535-41.