

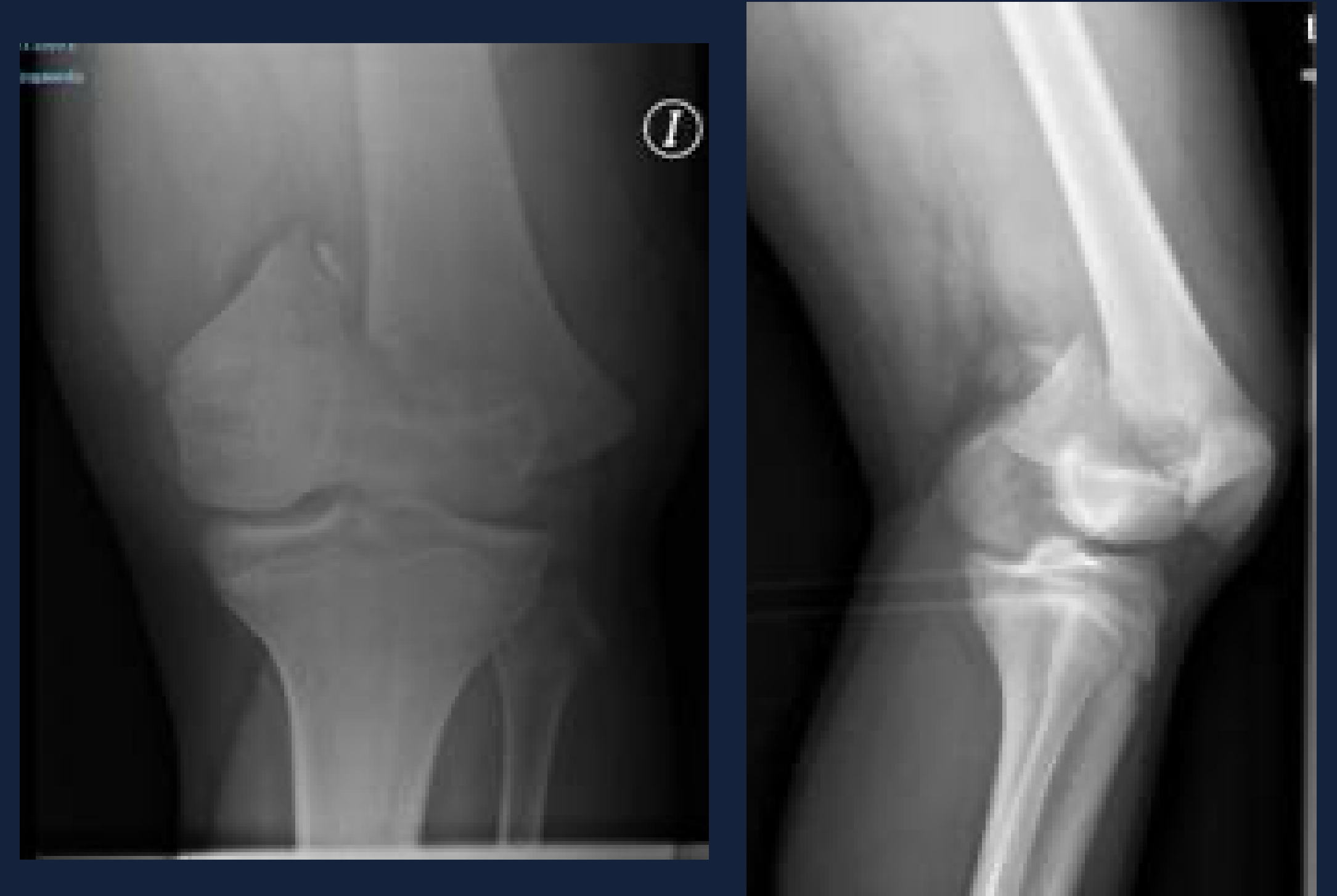
# EPIFISIOLISIS TIPO II DE FÉMUR DISTAL

## REDUCCIÓN CERRADA Y FIJACIÓN PERCUTÁNEA

- AUTORES: Buitrago Robledillo, J; Raya Roldán, D; Pérez Gea, C
- Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Poniente. El Ejido, Almería

### INTRODUCCIÓN

Las epifisiolisis de fémur distal en niños suponen el 1-6% de las lesiones fisarias y menos del 1% de todas las fracturas pediátricas. La mayoría (2/3) se producen en adolescentes.



### OBJETIVOS

Exponer el tratamiento mediante fijación percutánea de una epifisiolisis tipo II de fémur distal izquierdo frente al abordaje y reducción abierta del mismo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

- Evaluación clínica: Varón de 15 años. Sufre atropello mientras conducía su ciclomotor. Consciente y orientado. Eupneico. Sin focalidad neurológica. Deformidad a nivel de la rodilla izquierda. Pulso pedio de miembro afecto y sensibilidad distal conservada. En la radiografía se identifica epifisiolisis tipo II (clasificación de Salter-Harris) con desplazamiento lateral de fragmento diafisario.
- Principales consideraciones quirúrgicas: Con el paciente en decúbito supino en la cama de quirófano, traccionamos el miembro inferior afecto con ayuda de mesa de tracción. Conseguimos movilizar la fractura. Liberamos la tracción y flexionamos la rodilla de miembro afecto colocándola a 90° (pierna perpendicular al suelo). Control de escopia intraoperatoria satisfactorio con reducción adecuada. A continuación, procedemos a mantener la reducción del trazo de fractura con ayuda de pinzas de reducción de pelvis. Colocamos dos agujas de Kirschner roscadas (sin atravesar fisis) que nos guiarán la colocación de los tornillos canulados (7mm x 70 mm; 7mm x 85mm) de rosca corta de 16 mm con arandela. Por último, inmovilizamos con férula posterior inguinopédica con rodilla flexionada 10°.
- Seguimiento postoperatorio: se valora resultado funcional, permitiendo la carga parcial a las 6 semanas y la carga total a las 10 semanas. Posteriormente, seguimientos anuales para valoración de anomalías posibles en el crecimiento.



### RESULTADOS

Conseguimos reducción estable mediante fijación interna y de forma percutánea con tornillos canulados, asegurando el vértice metafisario y respetando la fisis.

### CONCLUSIONES

- Ante una epifisiolisis tipo II por traumatismo de alta energía, intentamos reducir en menos de 24 horas.
- Con la técnica empleada en este caso, conseguimos la reducción de la fractura sin necesidad de abordaje abierto.
- Uso de mesa de tracción para movilización de la fractura aunque no se use tras ésta.
- Seguimiento cercano durante el crecimiento para valorar posibles alteraciones del eje.
- Consideramos muy importante la reducción anatómica para evitar alteraciones del eje longitudinal.
- Bajo ningún concepto se admiten alteraciones rotacionales en la reducción quirúrgica. Si no es posible de forma cerrada, deberemos conseguirlo de forma abierta.

### BIBLIOGRAFÍA

1. J. de Pablos. Fracturas Infantiles. Conceptos y principios. 2ª Ed. ERGON, 2002.
2. Beaty JH, Kasser JR. Rockwood and Wilkins'. Fractures in children (7ª Ed). Philadelphia: Lippincott WW; 2010
3. A. D. Delgado Martínez. Manual de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 4ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2018.