

¿Es necesaria la fijación profiláctica contralateral en la epifisiolisis de la cabeza femoral? A propósito de dos casos.

Alejandro Urgel Granados; María Royo Agustín; Agustín Rillo Lázaro; Jorge García Fuentes; Pilar Muniesa Herrero; Ángel Castro Sauras

Cirugía Ortopédica y Traumatología
Hospital Obispo Polanco

1. INTRODUCCIÓN

La epifisiolisis de la cabeza femoral (ECF) generalmente es unilateral¹⁻⁴. Durante los primeros 18 meses puede afectar hasta en un 40% al lado contralateral^{1,2}.

Existe controversia respecto a los umbrales apropiados de la morfología femoral para la fijación profiláctica del lado contralateral.

2. OBJETIVOS

Revisar la necesidad de fijación contralateral de acuerdo con lo descrito en la literatura.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de dos casos clínicos diagnosticados radiológicamente como ECF.

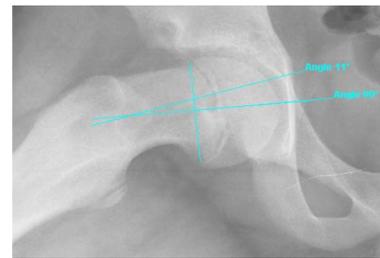
Varón, 14 años, sobrepeso y coxalgia izquierda de varios meses de evolución.

Mujer, 9 años, sobrepeso, dolor cara anterior muslo izquierdo y claudicación de la marcha de un mes de evolución

4. RESULTADOS

Primer paciente:

- ECF moderada (ángulo de Southwick = 45°) y un ángulo de inclinación posterior contralateral = 11°.
- Fijación in situ percutánea bilateral en el mismo acto quirúrgico con un único tornillo canulado.



Segundo paciente:

- ECF moderada (ángulo de Southwick = 35°) y un ángulo de inclinación posterior contralateral = 8°.
- Fijación in situ percutánea exclusivamente del lado afecto con un único tornillo canulado.



5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La fijación profiláctica de la cadera contralateral es altamente controvertida. El ángulo de inclinación posterior medido en la radiografía lateral puede ser útil a la hora de tomar esta decisión. Según Maranhó et al., un umbral de 10° se asoció con una probabilidad del 49% de deslizamiento contralateral y un NNT de 3.4. Barrios et al. recomendaron la fijación profiláctica para un ángulo >12°. Park et al. refirieron un NNT de 3.4 para un umbral de 12.7°, mientras que Phillips et al. propusieron un umbral de 14° asociado a un NNT de 1.79.

La fijación profiláctica se debe discutir con las familias de pacientes con un ángulo de inclinación posterior aumentado. En caso de no realizarse, estos pacientes precisarán de una monitorización estrecha, sobre todo durante los primeros meses.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Maranhó DA, Ferrer MG, Kim Y-J, Miller PE, Novais EN. Predicting Risk of Contralateral Slip in Unilateral Slipped Capital Femoral Epiphysis: Posterior Epiphyseal Tilt Increases and Superior Epiphyseal Extension Reduces Risk. The Journal of Bone and Joint Surgery. 2019 Feb;101(3):209-17.
2. Barrios C, Blasco MA, Blasco MC, Gasco J. Posterior Sloping Angle of the Capital Femoral Pheysis. J Pediatr Orthop. 2005;25(4):5.
3. Park S, Hsu JE, Rendon N, Wolfgruber H, Wells L. The Utility of Posterior Sloping Angle in Predicting Contralateral Slipped Capital Femoral Epiphysis: Journal of Pediatric Orthopaedics. 2010;30(7):683-9.
4. Phillips PM, Phadnis J, Willoughby R, Hunt L. Posterior Sloping Angle as a Predictor of Contralateral Slip in Slipped Capital Femoral Epiphysis: The Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume. 2013 Jan;95(2):146-50.

