

Fracaso del crecimiento fisario guiado mediante placas en 8 de causa desconocida

Calvo Tapies JR, Redondo Trasobares B, Seral García B, Gran Ubeira N, Ruiz Frontera M, Albareda Albareda J.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología HCU Lozano Blesa

Introducción

El crecimiento guiado fisario es una herramienta útil en el tratamiento de dismetrías y deformidades angulares pediátricas. La planificación preoperatoria y un adecuado seguimiento son claves para el éxito.

Objetivo

Presentamos un caso de fracaso de causa desconocida del crecimiento fisario guiado mediante placas en 8.

Material y métodos

Niña de 12 años y 5 meses sin antecedentes de interés que acude a nuestras consultas por genu valgo bilateral. Tras completar la exploración solicitamos telerradiografía de extremidades inferiores.

Resultados



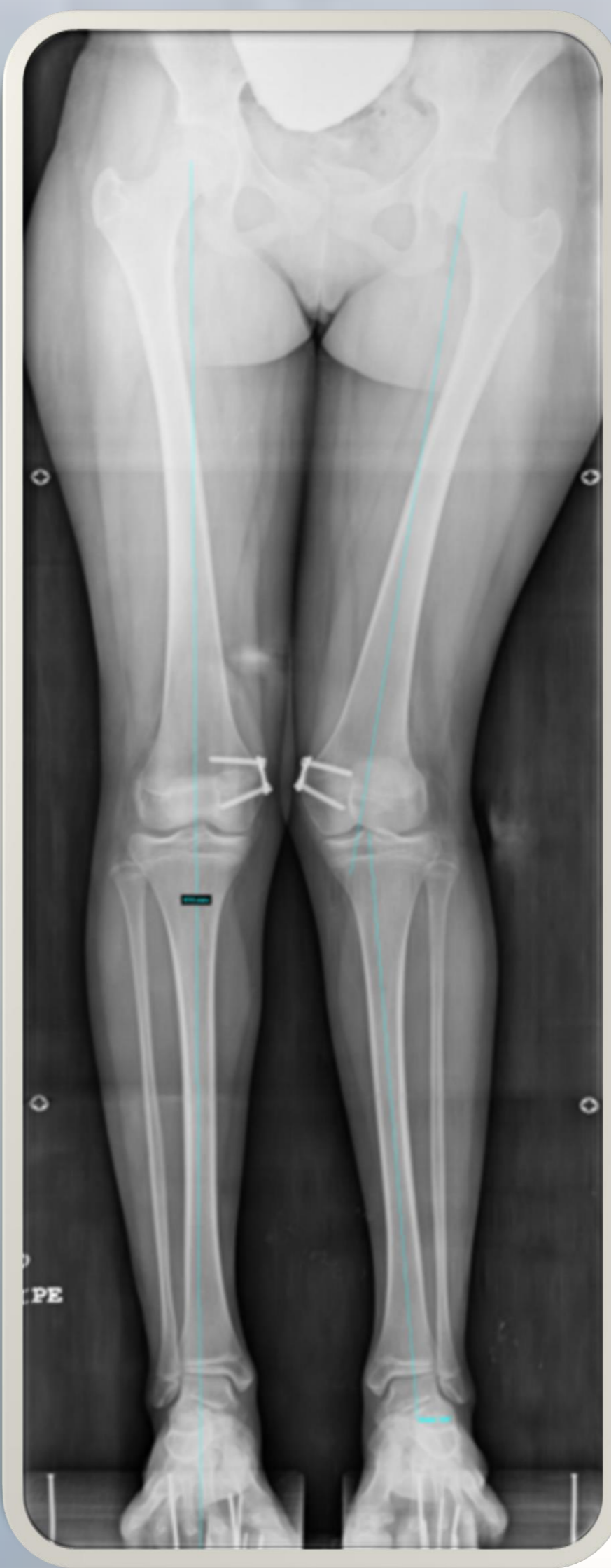
Rodilla derecha:

AFT anatómico 165°
AFT mecánico 4°
mLDF 84°
mMPT 90°
Stevens +1-2

Rodilla izquierda:

AFT anatómico 163°
AFT mecánico 8°
mLDF 83°
mMPT 89°
Stevens +2

Dismetría 12mm



Rodilla derecha:

Buena evolución y corrección de la deformidad angular

Rodilla izquierda:

AFTm: 11°
AFTa: 160°
Stevens +2 +3



Rodilla

izquierda:

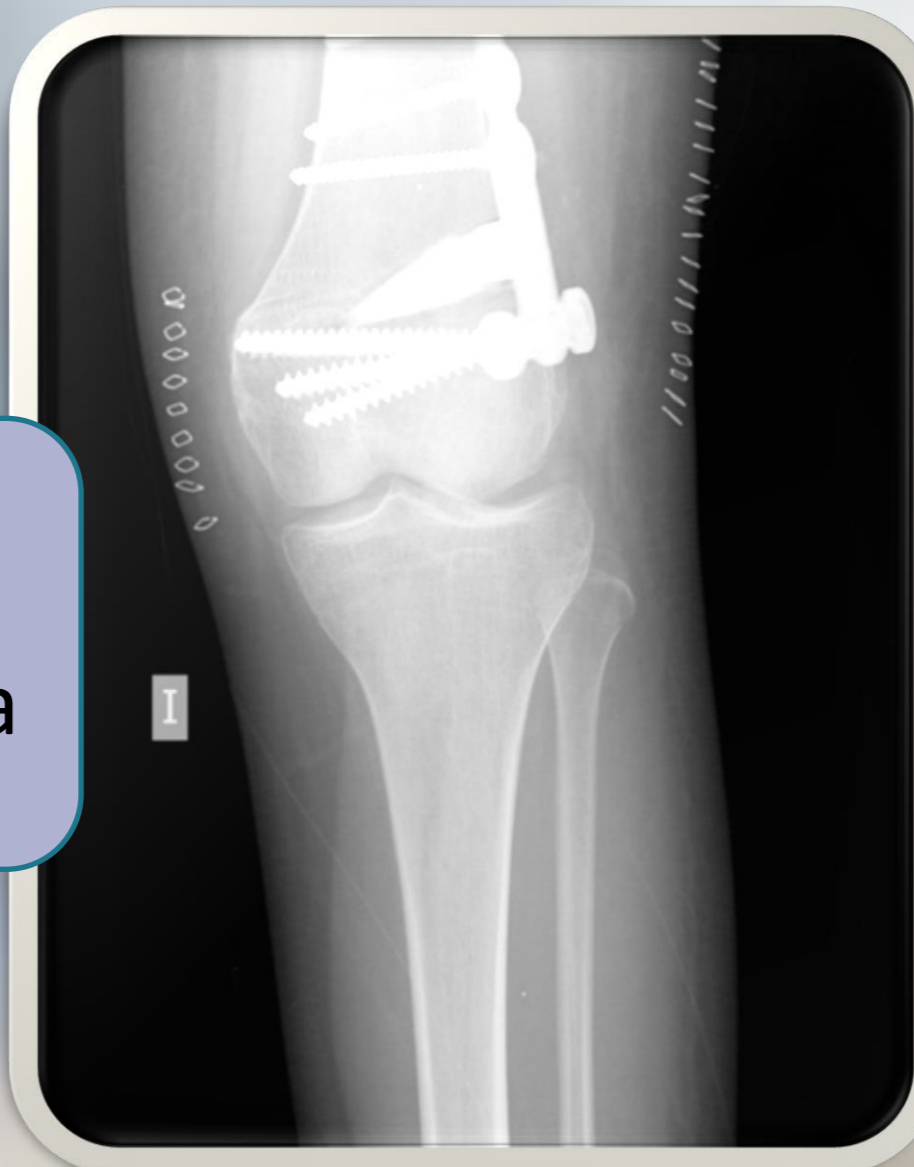
AFTm : 17°
AFTa: 158°
Stevens +3

Ambas rodillas situadas en el cuadrante +2 de Stevens. Tras esto se decide **hemiepifisiodesis bilateral femoral medial** con placas en 8.

Control radiológico a los 7 meses de la intervención apreciándose ausencia de corrección y empeoramiento en el lado izquierdo. **Se decide retirar implante derecho y recolocar el izquierdo** un año tras la primera cirugía.

Nuevo control radiológico 7 meses tras la cirugía... y ... **PROGRESIÓN VALGO → ¿QUÉ HA PASADO?**

Finalmente se opta por **osteotomía varizante femoral izquierda con cuña de adición** a los 15 años y 8 meses de edad.



Control radiológico un año tras la cirugía mostrando

buena evolución y corrección de la deformidad.

Rodilla izquierda:
AFTm: 3°
AFTa: 170°
Stevens +1

Conclusiones

Las placas en 8 constituyen una buena opción en el tratamiento de las dismetrías y deformidades angulares pediátricas por su sencillez y capacidad de corrección en poco tiempo. Existen condiciones como la enfermedad de Blount, mucopolisacaridosis y la obesidad que tardan más tiempo en corregir y donde se describen más fracasos. Las osteotomías constituyen el tratamiento de elección en deformidades angulares en pacientes jóvenes y adultos.

Bibliografía

1. Saran N, Rathjen KE. Guided growth for the correction of pediatric lower limb angular deformity. J Am Acad Orthop Surg 2010;18(9):528-36.
2. Burghardt RD, Specht SC, Herzenberg JE. Mechanical failures of eight-plate-guided growth system for temporary hemiepiphysiodesis. J Pediatr Orthop 2010;30(6):594-7.
3. Goyeneche RA, Primomo CE, Lambert N, Miscione H. Correction of bone angular deformities: experimental analysis of staples versus 8-plate. J Pediatr Orthop 2009;29(7):736-40.
4. Park KH, Oh CW, Kim JW, Park IH, Kim HJ, Choi YS. Angular deformity correction by guided growth in growing children: Eight-plate versus 3.5-mm reconstruction plate. J Orthop Sci 2017 ;22(5):919-923.
5. Blount WP, Clarke GR. Control of bone growth by epiphyseal stapling; a preliminary report. J Bone Joint Surg Am 1949;31A(3):464-78.

