

RESECCIÓN GUIADA POR OSTEOSCOPIA DE PUENTE FISARIO SECUNDARIO A ISQUEMIA



Sección de Traumatología y Ortopedia Infantil

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

VE. Garijo Ruiz, A. Sicilia Castresana, G. Sosa González, M. Benito Mateo, AJ. Villa García.

Los puentes fisarios constituyen la complicación más frecuente en los traumatismos, con una incidencia de hasta el 10%. También pueden asociarse a osteomielitis, episodios isquémicos, neoplasias o causas yatrogénicas.

La relevancia de un puente fisario se asocia a la edad del paciente, magnitud, localización y relevancia en el crecimiento de la fisis afecta generando con frecuencia disimetrías o deformidades angulares relevantes.

Si el puente fisario representa $< 50\%$ de la fisis y el remanente de crecimiento es al menos de 2 años o $> 2\text{cm}$ puede plantearse el tratamiento de desepifisiodesis, descrita por Langenskiöld en 1967. Esta técnica ha demostrado su utilidad en puentes fisarios post traumáticos, no tanto en otras variedades.

Objetivos

Presentar un ejemplo de manejo de un puente fisario periférico de origen isquémico mediante la técnica de Langenskiöld guiada por osteoscopia.

Material y Métodos

Presentamos el caso de un paciente de 6 años remitido a nuestro servicio para valoración de deformidad en miembros inferiores secundaria a una sepsis meningocócica en el periodo neonatal. Tras completar el estudio diagnóstico mediante RMN, se confirmó la presencia de un puente fisario periférico lateral que representaba el 20% de la fisis femoral distal y condicionaba una deformidad en valgo de la rodilla.

La propuesta terapéutica fue la resección del puente fisario. Para ello, tras la localización bajo fluoroscopia del puente fisario, realizamos una ventana cortical mediante escoplo. Posteriormente, bajo visión directa con artroscopio de rodilla introducimos una fresa cilíndrica artroscópica y resecamos el puente fisario hasta visualización de fisis en todo el perímetro del túnel. Rellenamos el defecto con un injerto de dura (DuraGen), comprobando su correcta colocación en la vertiente epifisaria mediante osteoscopia. Completamos el procedimiento mediante hemiepifisiodesis medial mediante placa en 8.

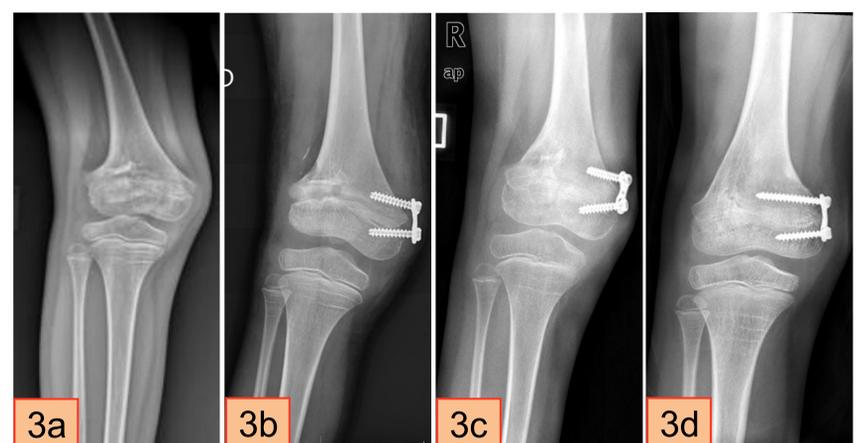
El postoperatorio no precisó inmovilización.

Resultados

Durante el seguimiento se comprueba la restauración del crecimiento fisario y la corrección de la deformidad en valgo de la rodilla afecta.

Conclusiones

La asociación de osteoscopia a la desepifisiodesis proporciona un mayor control de la resección del puente fisario y de la colocación del injerto de interposición, posibilitando la reducción de defectos en la técnica.



1. Estado inicial.
2. Visión osteoscópica.
3. Evolución radiográfica: inicial, postoperatoria inmediata, 3^{er} mes PO y 20^o mes PO