

RECIDIVA DE GENU VALGO ASIMÉTRICO POR PUENTE FISARIO

Eduardo Hevia Crespo, David Fernández Ruiz, Juan Cabello Blanco, Gaspar González Morán
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Múltiples causas pueden llevar a la formación de puentes fisarios en el cartílago de crecimiento. Éstos pueden provocar acortamiento o deformidad angular del miembro, y frecuentemente, ambas simultáneamente.

Material y métodos: Varón que acude por primera vez con un año y 9 meses por un valgo asimétrico de rodilla derecha, progresivo, a expensas del fémur distal. Tras estudio de imagen, se decide realizar resección de la barra fisaria (imágenes 1-4)



Imagen 1: telerradiografías a los dos y tres años de edad. Se observa genu valgo asimétrico de rodilla derecha, progresivo.
Imagen 2: RMN que muestra el puente fisario en el tercio externo del fémur distal, del 25% del total.
Imagen 3: control postoperatorio de la resección utilizando técnica de Langeskiöld

Durante su seguimiento en consultas, y a la edad de 5 años, se objetiva una **progresión del valgo** por recidiva de la barra fisaria. En este momento se decide realizar un **nuevo intento de resección del puente fisario**, y se coloca un **fiador externo circular** para corregir la deformidad y el acortamiento mediante distracción fisaria.



Imagen 4: recidiva del genu valgo de la rodilla derecha. Fotos clínicas y telerradiografías de miembros inferiores

Imagen 5: Imágenes clínicas tras completar la distracción fisaria de 5 meses

Resultados: Se realizó **una corrección en tres etapas** durante un total de 5 meses (distracción fisaria, corrección angular y alargamiento). Se logró una corrección del valgo casi completa, y una disimetría final de 1 cm. Sin embargo, la deformidad recidivó, por lo que se decidió realizar una **osteotomía varizante de apertura correctora** y completar la epifiodesis (imagen 6)

Conclusiones: La recidiva del puente fisario es una complicación relativamente frecuente, que aparece con mayor probabilidad en lesiones extensas o de etiología infecciosa o desconocida. La distracción fisaria es una técnica adecuada para corregir la deformidad y el acortamiento de un hueso largo. En la bibliografía existen serie que muestras una fisis normofuncionante tras el procedimiento, incluso sin resección de la barra fisaria. En nuestro caso, no sólo se mantuvo la actividad de la fisis, si no que lo hizo de forma patológica. La osteotomía y la epifiodesis definitiva han logrado eliminar el problema angular, dejando como secuela esperable una disimetría al final del crecimiento grande. Actualmente el niño tiene 7 años, utiliza un alza de 1,5 cm y no presenta deformidad angular residual, pero la predicción de la discrepancia al final del desarrollo es de 10 cm.

Imagen 6: Control radiológico de la osteotomía varizante definitiva.

