

orientada en el paciente infantil; ha de ser completa en todas las revisiones⁴, aun siendo repetidamente normal, para permitir un correcto seguimiento y la detección precoz de problemas asociados durante el desarrollo. Si se realiza de forma protocolizada y sistemática, el aumento de tiempo de consulta es asumible y clínicamente rentable.

Bibliografía

1. Vineeta T, Swaroop MD. Difficult-to-Treat Ortolani-Positive Hip. Improved success with new treatment protocol. *J Pediatr Orthop.* 2009;29:224–30.
2. Castelein RM, Korte J. Limited hip abduction in the infant. *J Pediatr Orthop.* 2001;21:668–70.
3. Gelfer P, Kennedy K. Developmental Dysplasia of the Hip: Practice Guidelines. *J Pediatric Health Care.* 2008;22:318–22.

4. Conejero Casares JA. Alteraciones ortopédicas frecuentes en la infancia. En: *Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física.* Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 703.
5. Márquez Navarro J, Fernández Torrico JM, Martínez Llanos R, et al. Tratamiento de la enfermedad luxante de la cadera con el arnés de Pavlik. *Rehabilitación (Madr).* 2000;34: 164–70.

R. Ramos-Moreno*, J. Gentil-Fernández, J.A. Conejero-Casares y C. Martos-Mora

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(R. Ramos-Moreno\)](mailto:raqramoreno@hotmail.com)

doi:10.1016/j.rh.2011.03.018

¿Está cambiando la etiología de la lesión medular?

Is the etiology of spinal cord injury changing?

Sr. Director:

Los estudios llevados a cabo en diversos países respecto a la incidencia de la lesión medular apuntan resultados muy diferentes, oscilando entre 83 y 10,4 pacientes lesionados medulares por millón de habitantes. Estos resultados están influidos por muchas variables, tales como que se incluya a los pacientes con lesión medular fallecidos antes de llegar al hospital y las diversas condiciones geográficas y sociopolíticas del país. Según un trabajo de Wyndaele¹, hasta 2006 la incidencia en los últimos 30 años no se había modificado sustancialmente; en ese estudio se recogieron trabajos de diversos países europeos, norteamericanos, asiáticos y oceánicos. No se encontraron estudios de Sudamérica o África. No se dispone de estudios generalizados a nivel mundial en los últimos 5 años. En cuanto a la etiología de la LM se señala como causa más frecuente la traumática con dos picos de incidencia, uno entre los 15 y 29 años ligados a los accidentes de tráfico² y otro por encima de los 65 años asociado a caídas casuales³. Estas lesiones traumáticas son más frecuentes en los varones, en proporciones variables. Recientes estudios concluyen variaciones significativas en la epidemiología de la lesión medular en relación con una mayor incidencia en las personas ancianas por caídas y afecciones no traumáticas⁴.

En el último Congreso de la Sociedad Valenciana de Rehabilitación y Medicina Física, hemos presentado un estudio acerca de la etiología de la lesión medular en nuestra comunidad entre los años 2001 y 2010⁵. En él se objetiva un total de 505 pacientes. Se decidió separar a los pacientes en dos grupos; al grupo 1 pertenecen los pacientes ingresados entre el 1-1-2001 y el 31-12-2005 y al grupo 2, los pacientes ingresados entre el 1-1-2006 y el 31-12-2010. Las lesiones de etiología traumática siguen siendo las más frecuentes, con 320 (176 grupo 1 y 144 grupo 2) casos, 177 (108 frente a 69) se deben a accidentes de tráfico y 53 (21

frente a 32) a caídas. A partir del año 2006 se objetiva un descenso estadísticamente significativo entre los accidentes de tráfico, disminuyendo desde un 41% en los primeros 5 años del estudio a un 28,5%. Pensamos que esto guarda relación con diversos factores: la industria automovilística ha perfeccionado las medidas de seguridad de los automóviles con innovaciones en estabilidad, sistemas de frenado secuencial, *airbags* y cinturón de seguridad. En nuestro país se ha mejorado la red viaria con la construcción de autovías que conectan las principales ciudades y desde 2006 se ha publicado la nueva Ley de Seguridad Vial, que limita la velocidad e incrementa las sanciones por infracciones de tráfico.

Otra de las cuestiones que hemos conseguido objetivar es un descenso en las lesiones completas de un 74% entre 2001 y 2005, pasando a un 49% en 2006-2010, con diferencias estadísticamente significativas. Pensamos que se debe a un perfeccionamiento en las condiciones de traslado de los pacientes, que evita movilizaciones del foco de fractura raquídeo, y a la mejora de las condiciones de oxigenación del foco de lesión medular.

Es previsible que, asociado al descenso de la etiología traumática por accidentes de tráfico, se produzca en años venideros un incremento significativo de las lesiones medulares de etiología médica y de las traumáticas secundarias a caídas en relación con el envejecimiento de la población general.

Bibliografía

1. Wyndaele M, Wyndaele JJ. Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord.* 2006;44:523–9.
2. Albert T, Ravaud JF, Tetrafigap group. Rehabilitation of spinal cord injury in France: a nationwide multicentre study of incidence and regional disparities. *Spinal Cord.* 2005;43:357–65.
3. Pickett W, Simpson K, Walker J, Brison RJ. Traumatic spinal cord injury in Ontario. Canada, *J Trauma.* 2003;55:1070–6.
4. Van den Berg ME, Castellote JM, Mahillo-Fernandez I, De Pedro-Cuesta J. Incidence of spinal cord injury worldwide: a systematic review. *Neuroepidemiology.* 2010;34:184–92.

5. Cambios en la epidemiología de la Lesión Medular en la Comunidad Valenciana. ¿Algo está cambiando? XX Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina Física y Rehabilitación. Valencia, 11-3-2011.

M. Giner-Pascual*, V. Sebastià-Alcácer y
M. Alcanyis-Alberola

*Servicio de Rehabilitación, Unidad de Lesionados
Medulares, Hospital Universitari i Politècnic La Fe,
Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuelginer53@hotmail.com
(M. Giner-Pascual)

doi:10.1016/j.rh.2011.03.016

Necrosis avascular de la cabeza femoral tras el uso del arnés de Pavlik

Femoral head avascular necrosis after the use of Pavlik harness

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una niña diagnosticada de necrosis avascular de la cabeza femoral (NACF). La paciente se encontraba en seguimiento en nuestras consultas por una displasia del desarrollo de la cadera (DDC) bilateral, con luxación de la cadera derecha asociada. La edad de diagnóstico fue de 5 meses y se trató mediante arnés de Pavlik durante 5 meses (fig. 1) con retirada paulatina. En una radiografía de control a los 9 meses se apreció ausencia del núcleo de osificación y a los 2 años de edad se confirmó la NACF derecha.

Tras el hallazgo radiológico, se decidió como único tratamiento conservador normas de protección articular (evitar carrera, salto, deportes de contacto, uso de zapato almohadillado, etc.). Se realizó seguimiento con revisiones cada 3 meses que se fueron espaciando tras observar que la exploración física se mantenía sin hallazgos y existía una evolución favorable en los controles radiográficos realizados. A los 7 años y 6 meses se confirmó la restauración radiológica completa con esfericidad y cobertura normal de la cabeza femoral (Stulberg I). No obstante, se mantuvo

un control clínico hasta el final del crecimiento, 15 años y 6 meses (fig. 1).

La NACF es debida al déficit en la circulación por una presión excesiva sobre la cabeza femoral producida por la compresión de la circulación que causa el tratamiento¹. La incidencia de este proceso es del 8%². El tratamiento de la NACF en niños aún está debatido por lo que se pueden considerar otras opciones como: tracción articular, osteotomía valgizante, epifisiodesis trocantérica³. La incidencia de esta enfermedad en nuestro centro, tras un estudio realizado en 2010⁴, resultó ser del 2,33% y en ningún caso se precisó de intervención quirúrgica para la corrección del problema; en todos los casos se mantuvo una actitud conservadora similar y seguimiento prolongado. Esta conducta podría considerarse efectiva ya que el seguimiento exhaustivo facilita, tras el diagnóstico de DDC, la detección precoz de NAVC y disminuye su tasa de tratamiento quirúrgico.

Bibliografía

1. Salter A. Necrosis avascular of the femoral head as a complication of treatment for congenital dislocation of the hip in young children: a clinical and experimental investigation. Can J Surg. 1969;12:44–61.
2. Suzuki S, Kashiwagi N, Kasahara Y, Seto Y, Futami T. Avascular necrosis and the Pavlik harness: The incidence of a vascular necrosis in three types of congenital dislocation of the hip classified by ultrasound. J Bone Joint Surg. 1996;78-B: 631–5.



Figura 1 Evolución desde el diagnóstico de DDC hasta la resolución de la NACF.