

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.

3. Cech O, Vavra J, Zidka M. Management of ischemic deformity after the treatment of developmental dysplasia of the hip. *J Pediatr Orthop.* 2005;25:687–94.
4. Lérida-Benítez L, Méndez-Alonso MA, Conejero-Casares JA. Necrosis avascular secundaria al tratamiento conservador de la displasia del desarrollo de la cadera [Comunicación oral]. 48 Congreso SERMEF; Junio 2010.

L. Lérida-Benítez^{a,*}, M.A. Méndez-Alonso^b,
J.A. Conejero-Casares^a y E. Argüelles Solís^a

^a Servicio de Medicina Física, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Servicio de Rehabilitación, Hospital del Tajo Madrid, Aranjuez, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(L. Lérida-Benítez\)](mailto:lorenalerida@hotmail.com)

doi:10.1016/j.rh.2011.03.022