

Um caso de epifisiólise proximal do fémur

Sara Bastos¹, Ana Inês², Ugo Fontoura², Iolanda Veiros¹, Rita Gaspar²

¹Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

²Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Hospital Geral – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

A epifisiólise proximal do fémur (EPF) caracteriza-se por alterações da cartilagem de crescimento, com um deslizamento da epífise sobre o colo femoral. A sua etiologia permanece desconhecida, mas parece haver influência de factores endócrinos e mecânicos. A sua apresentação pode ser aguda, crónica ou crónica agudizada, estável ou instável, unilateral ou bilateral. O tratamento é predominantemente cirúrgico.

Caso clínico

Jovem do sexo masculino de 14 anos que recorreu à consulta de Ortopedia com queixas de gonalgia e coxalgia esquerdas com um ano de evolução. À observação apresentava o membro inferior esquerdo com encurtamento e em rotação externa, sinal de Drehman positivo e marcha claudicante. Tratava-se de um jovem saudável, com tipo constitucional normal e encontrava-se no estágio 1 de Risser. Pela medição radiológica apresentava um ângulo de deslizamento de 47° e da anca contralateral de 17° (Imagem 2). Foi feito o diagnóstico de EPF esquerda e foi submetido com sucesso a fixação cirúrgica *in situ* (Imagem 3). Manteve um acompanhamento na consulta externa com avaliação clínica e radiológica regular.

Dois anos depois recorreu ao Serviço de Urgência com queixas de coxalgia direita de início agudo. Radiologicamente apresentava um ângulo de deslizamento de 32° (Imagem 4). Foi submetido a tratamento cirúrgico com fixação *in situ* sem intercorrências (Imagem 5). Manteve um acompanhamento regular em consulta de Ortopedia até se verificar o encerramento das fises (Imagem 6).

Discussão

Em 23% a 65% dos casos de EPF há atingimento contralateral. Destes cerca de metade tem envolvimento bilateral simultâneo e nos restantes casos o aparecimento de EPF contralateral é posterior, sendo mais frequente até 18 meses depois do diagnóstico inicial.

Existem situações em que esta prevalência é superior, nomeadamente nos doentes com insuficiência renal crónica, patologia endocrinológica ou excesso de peso. Nos doentes mais jovens existe uma maior probabilidade de desenvolvimento de EPF contralateral, sendo a idade cronológica e a idade óssea bons preditores.

Ainda que a taxa de complicações seja baixa, com a fixação profilática advêm custos suplementares e riscos inerentes ao procedimento.

Na ausência de profilaxia o acompanhamento regular da criança, o ensino aos pais e ao jovem quanto aos sinais de alerta e a avaliação radiológica permitirão um diagnóstico precoce na maioria dos casos.

Neste caso optou-se por não se efectuar fixação profilática dada a ausência de factores de risco.

Conclusões

Não existe consenso quanto às indicações para tratamento profilático contralateral nos casos de EPF unilateral. Alguns autores sugerem fixação profilática após avaliação do risco/benefício do procedimento. Na ausência de fixação profilática deverá ser mantida uma vigilância regular até ser atingida a maturidade óssea.

