

FRACTURA PATOLÓGICA POR DISPLASIA FIBROSA. EL USO DE LA FIJACIÓN INTERNA COMBINADA, INTRA Y EXTRAMEDULAR, COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO

Hoyos Perales I; Martínez Caballero I; Cárdenas Salas J
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid)

INTRODUCCIÓN

La displasia fibrosa (FOD) es una enfermedad fibroósea benigna que consiste en la aparición de hamartomas fibrosos en expansión en el interior óseo, con el consiguiente aumento de riesgo de fractura patológica, así como de deformidades progresivas debido a fracturas microscópicas. No es hereditaria y es consecuencia de una alteración del mesénquima osteogénico durante el desarrollo. Puede ser monostótica o poliostótica. El fémur y el húmero son los huesos más frecuentemente afectados.

OBJETIVOS

Presentamos el caso de un paciente de 8 años con FOD poliostótica que sufrió fractura patológica subtrocantérea de fémur izquierdo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 8 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por dolor en cadera izquierda tras traumatismo banal. Tras estudio radiológico, se evidencia línea de fractura subtrocantérea en fémur izquierdo. A nivel metafisario, se aprecia imagen quística y festoneamiento del endostio profundo con una matriz en vidrio esmerilado unicameral. Se establece el diagnóstico de fractura subtrocantérea de fémur izquierdo en el contexto de una displasia fibrosa.

Se interviene de Urgencias con reducción cerrada y fijación interna con 1 clavo flexible y posterior inmovilización. A los 3 meses post-qx, el paciente presenta discreta cojera y dolor en relación con el esfuerzo. Se evidencia fractura patológica no desplazada sobre región subtrocantérea lateral en relación con foco displásico.

Se decide intervención quirúrgica. Se realiza EMO de material previo, reducción y osteosíntesis con placa y tornillos mediante abordaje lateral transvasto. Posteriormente se realiza enclavado intramedular con 2 clavos flexibles de 2,5 mm, uno anterógrado y otro retrógrado debido a la aparición de falsas vías; biopsia de la lesión y relleno con autoinjerto cortical de peroné contralateral, el cual se fija a través de tornillo transindesmal.

RESULTADOS

El seguimiento en consultas resulta clínica y radiológicamente satisfactorio.

DISCUSIÓN

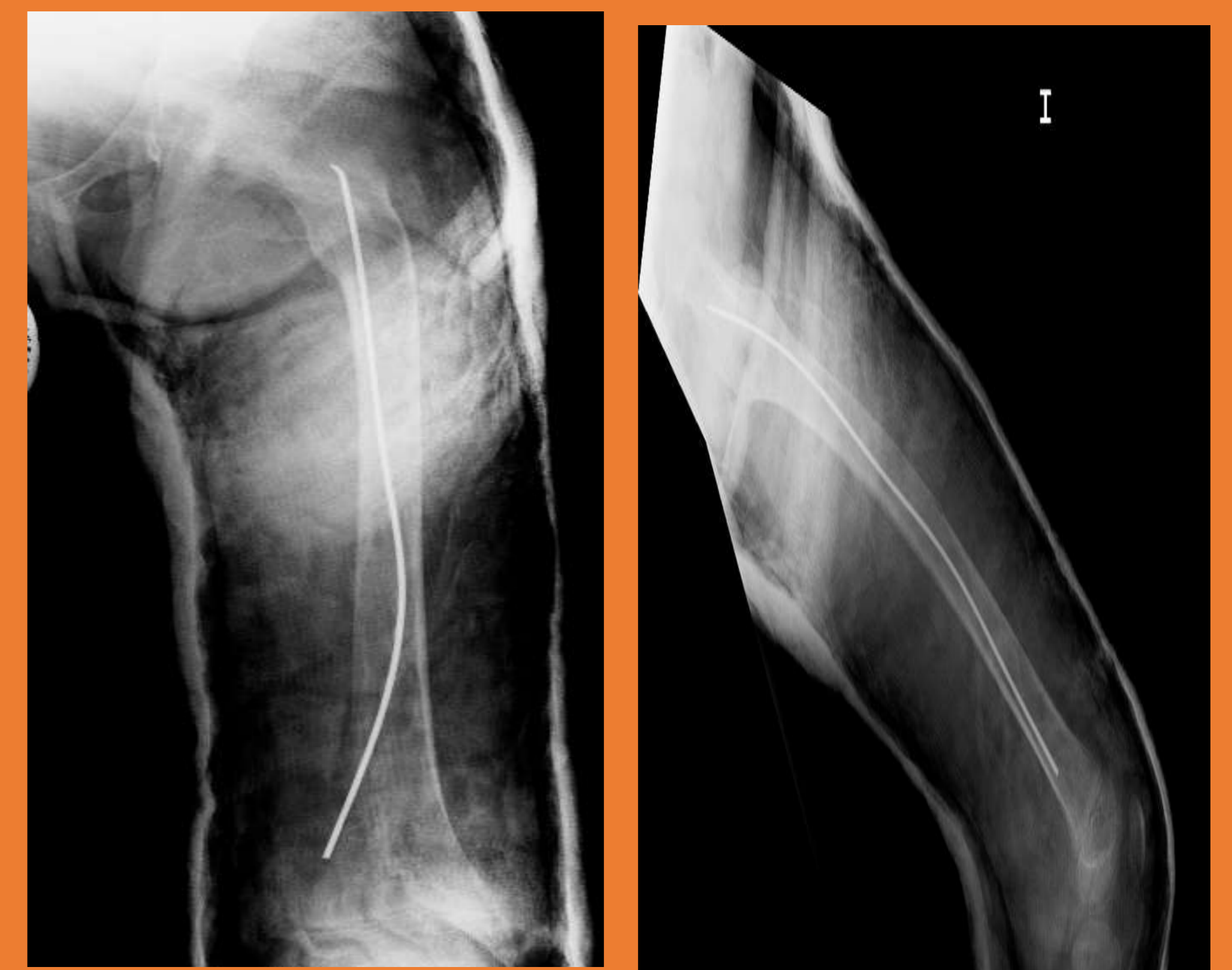
FOD es una entidad frecuentemente asintomática y descubierta de forma incidental. Para el cirujano ortopédico supone un reto terapéutico debido a la mala calidad ósea. Las indicaciones quirúrgicas serían las fracturas de fémur, las refracturas o la aparición de deformidades (especialmente la deformidad en cayado de pastor). En nuestro caso se decidió doble osteosíntesis con enclavado y placa para conseguir una mayor estabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

Staheli: Ortopedia pediátrica. Edición original. Editorial Marbán, 2007: 348-65.
Majoor BC, Appelman-Dijkstra NM, Kroon HM, Hamdy NA; Dijkstra PD (2016).Fibrous dysplasia: a heterogeneous disease.
Ned Tijdschr Geneesk. 2016; 160 (0): D304



Figuras 1, 2 y 3: Rxs pre-qx



Figuras 4 y 5: Rxs post-primera intervención

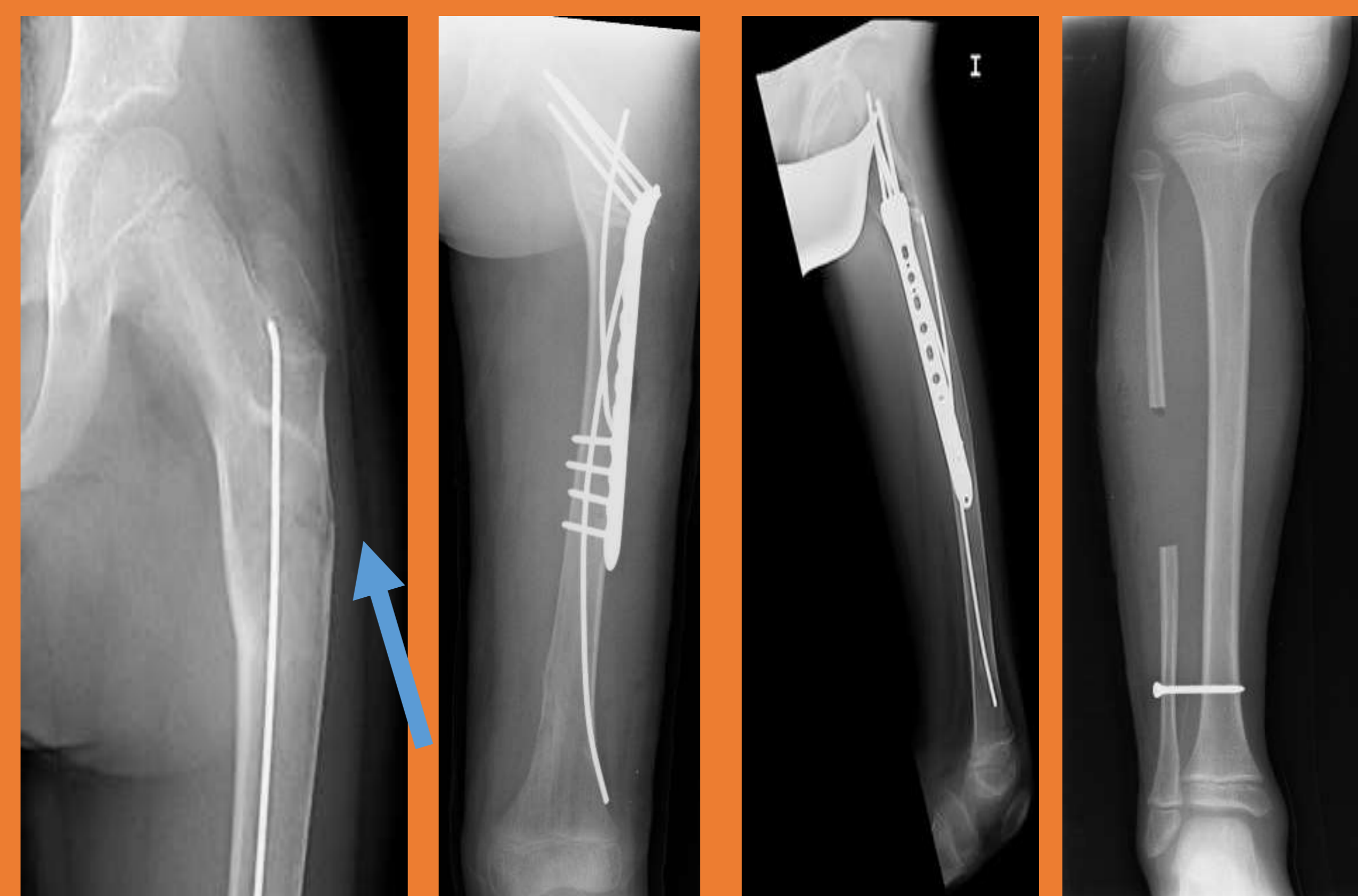


Figura 6. Fx en cortical lateral

Figuras 7, 8 y 9: Rxs post- 2ª intervención

