

FÉMUR EN CAYADO DE PASTOR POR DISPLASIA FIBROSA. TRATAMIENTO MEDIANTE SISTEMA ENDO-EXOMEDULAR.



Pablo Rodríguez Sánchez¹, César Salcedo Cánovas¹, Jesús García García¹, Marc Milian¹, Fernando López-Navarro Morillo¹, Eva Vera Porras¹.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Introducción

La displasia fibrosa (DF) es una enfermedad ósea pseudotumoral benigna. Supone el 1% de los tumores primarios óseos. Se origina por la mutación del gen *GNAS1* dando lugar a la formación de tejido conectivo osteofibroso que sustituye a la médula ósea normal con la consecuente formación de hueso anómalo, lesiones osteolíticas, vascularización irregular y propensión al sangrado.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es mostrar nuestra experiencia en el tratamiento de la displasia fibrosa de fémur proximal mediante un sistema endo- y exomedular, empleando clavos y placas asociados.

Material y Método

Se presenta el caso de una mujer de 15 años, remitida a nuestras consultas con el diagnóstico de displasia fibrosa del extremo proximal del fémur derecho. Tras el estudio radiológico y analítico se alcanzó el diagnóstico de osteoblastoma solitario de fémur con deformidad “en cayado de pastor”, condicionante de una alteración del eje mecánico del fémur y dismetría por acortamiento junto a una coxalgia derecha invalidante, proponiéndose un tratamiento quirúrgico.

Mediante abordaje lateral de cadera, realizamos el fresado del canal del extremo proximal femoral y osteotomía en el centro de rotación de la angulación.

Posteriormente realizamos el fresado de la diáfisis femoral e introducción del clavo endomedular.

Por último, insertamos 2 agujas roscadas en el cuello femoral y estabilizamos el sistema con una placa de coxa vara metafisaria proximal, solidarizada a las dos agujas con cerclajes y tornillos.



Figura 1. Imagen de radiología simple donde se evidencia la lesión y la deformidad del extremo proximal del fémur.

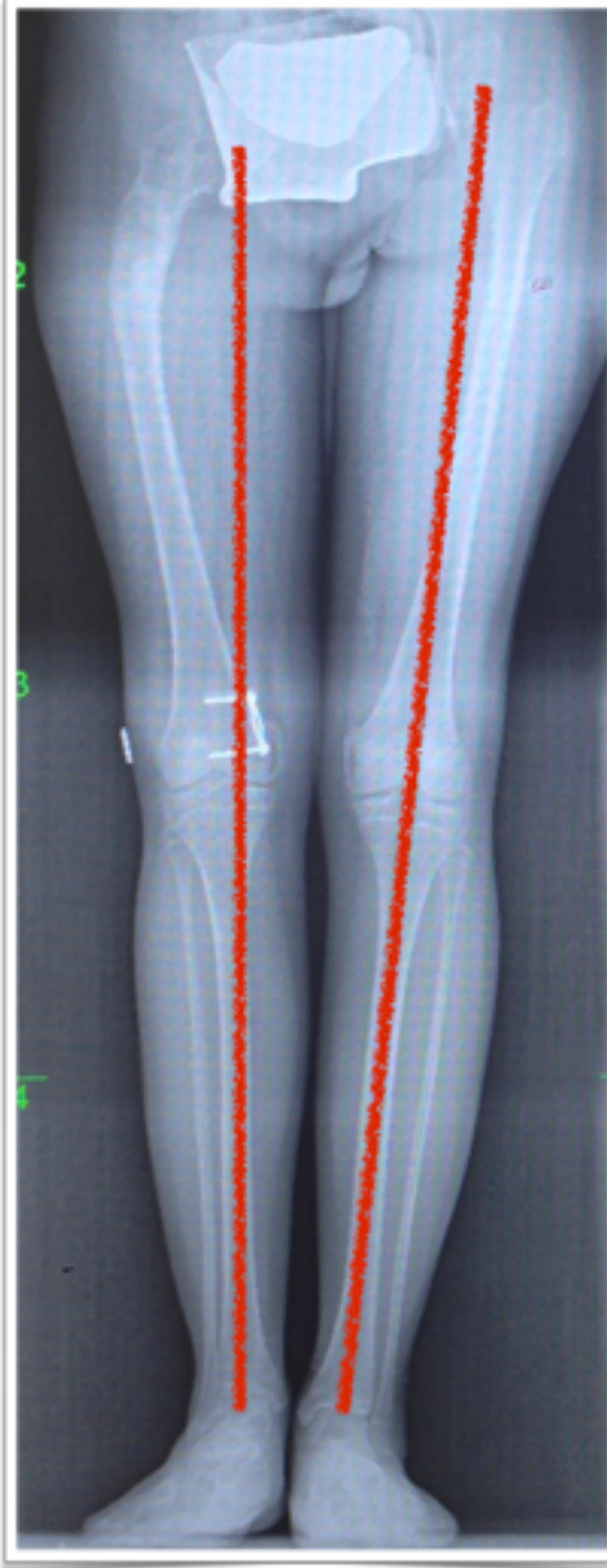


Figura 2. Estudio de telemetría prequirúrgico donde se evidencia la dismetría por acortamiento del miembro afecto.

Resultados

La paciente evolucionó favorablemente, sin complicación de las heridas quirúrgicas. Se autorizó la movilización activa de cadera y rodilla desde el posoperatorio inmediato, permitiéndose la deambulación con carga parcial tras 4 semanas.

Transcurridos 10 meses, la paciente deambula sin dolor, con un normoeje de dicho miembro y un balance articular de cadera completo.

Conclusiones

El tratamiento quirúrgico de la DF debe valorarse en pacientes con dolor no controlado, en fracturas y grandes deformidades.

Dentro de las posibilidades terapéuticas destaca el empleo de clavos intramedulares y placas asociados, complementado con osteotomías y resecciones óseas. Estos permiten la corrección de la deformidad y la prevención de fracturas mediante un sistema endo- y exomedular combinado.

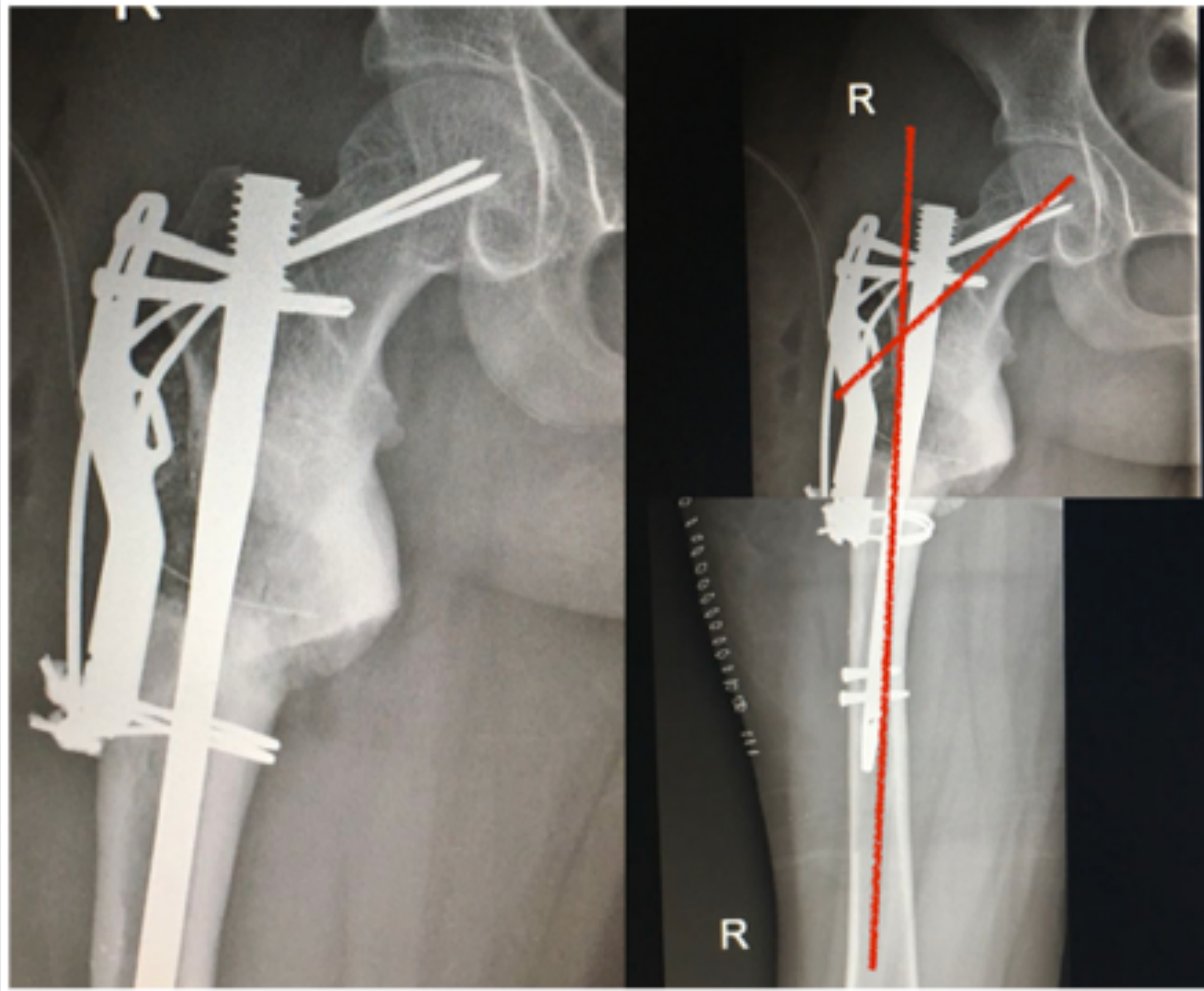


Figura 3. Composición de imágenes donde podemos observar los resultados radiológicos y la corrección del eje mecánico.

Bibliografía:

1. Florez H, Peris P, Guañabens N. Fibrous dysplasia. Clinical review and therapeutic management. Med Clin (Barc). 16 de diciembre de 2016;147(12):547-53.
2. J. Tis. Overview of benign bone tumors in children and adolescents. En: UpToDate, (2013).
3. J.S. Biermann. Common benign lesions of bone in children and adolescents. J Pediatr Orthop, 22 (2002), pp. 268-273
4. Coxa vara. Ortopedia pediátrica de Tachdjian. 2001, pág. 650-653.