XLI CONGRESO SOTOCAV

DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA DE CADERA.

TRATAMIENTO CON METAL TRABECULAR

A. D. Jover Mendiola[1], J. O. Sous Sánchez[1], C. E. Cobo Cervantes[1],
M. T. Was[2], J. A. Velasco Medina[3]

[1] Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)
[2] Médico Adjunto Unidad de Cadera Hospital de Torrevieja (Alicante)
[3] Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

Xàtiva
16 y 17 de Mayo 2013
Casa de la Cultura

HOSPITAL DE TORREVIEJA
DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA
GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

P-46

XLI Congreso SOTOCAV

DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA DE CADERA. TRATAMIENTO CON METAL TRABECULAR.

A. D. Jover Mendiola[1], J. O. Sous Sánchez[1], C. E. Cobo Cervantes[1],M. T. Was[2], J. A. Velasco Medina[3]

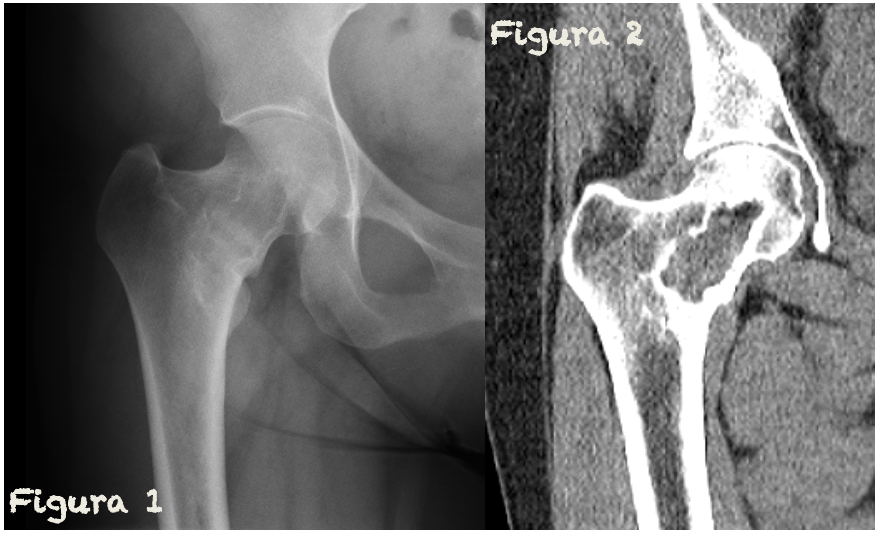
[1] Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)
[2] Médico Adjunto Unidad de Cadera Hospital de Torrevieja (Alicante)
[3] Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

INTRODUCCIÓN

La Displasia Fibrosa es una patología benigna e infrecuente, generalmente asintomática, consistente en el reemplazo gradual del tejido óseo por tejido fibroso. No hay suficiente literatura que describa una técnica quirúrgica mínima invasiva estandarizada para su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 43 años, con antecedentes de una lesión lítica de bordes geográficos escleróticos bien definidos, centrada en cuello femoral derecho, de 2.1 x 2.6 x 5.2 cm (***Figuras 1 y 2***), radiológicamente benigna, sugestiva de corresponderse con un foco de displasia fibrosa monostótica.



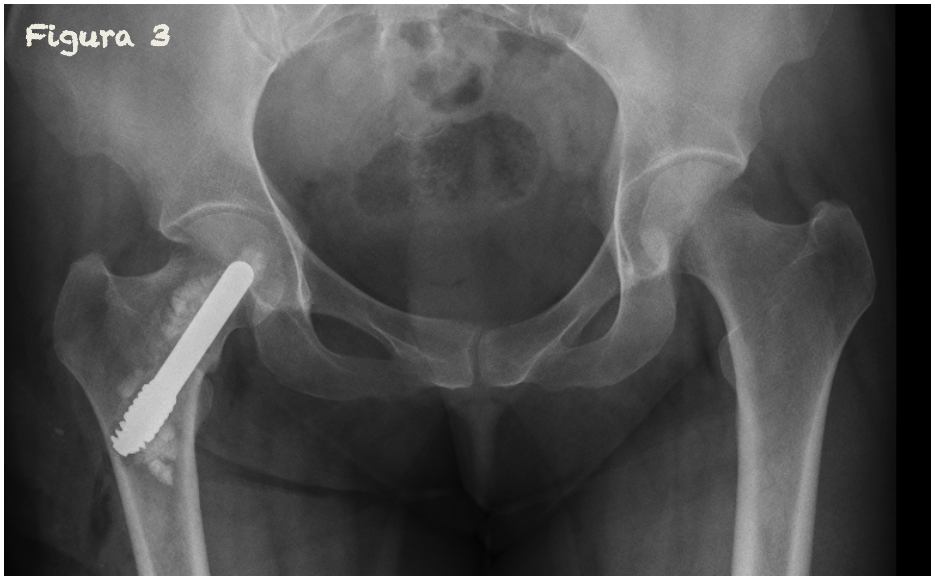
La paciente acude derivada de otro centro sanitario al ser requerida una intervención quirúrgica y rechazar cualquier tipo de transfusión sanguínea. Los datos previos a la primera consulta con nuestro servicio aportados por la paciente fueron nulos, desconociéndose tanto el tiempo de evolución de la lesión osteolítica, así como pruebas y estudios realizados con anterioridad.

DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA DE CADERA. TRATAMIENTO CON METAL TRABECULAR.

A. D. Jover Mendiola[1], J. O. Sous Sánchez[1], C. E. Cobo Cervantes[1],M. T. Was[2], J. A. Velasco Medina[3]

[1] Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)
[2] Médico Adjunto Unidad de Cadera Hospital de Torrevieja (Alicante)
[3] Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

A propósito del caso, el procedimiento quirúrgico que se realizó fue un curetaje de la lesión displásica fibrosa monostótica con el ulterior relleno de la cavidad mediante aporte de injerto óseo alogénico y fijación interna de osteosíntesis con el sistema de ON ROD, un implante de Metal Trabecular para el tratamiento de la osteonecrosis avascular de cabeza femoral en grados I y II según la clasificación de Ficat y Arlet (***Figura 3***).



RESULTADOS y DISCUSIÓN

La displasia fibrosa (DF), generalmente asintomática, puede afectar a un hueso (monostótica) o a varios huesos (poliostótica), y estar asociada con pigmentaciones cutáneas y alteraciones endocrinas.

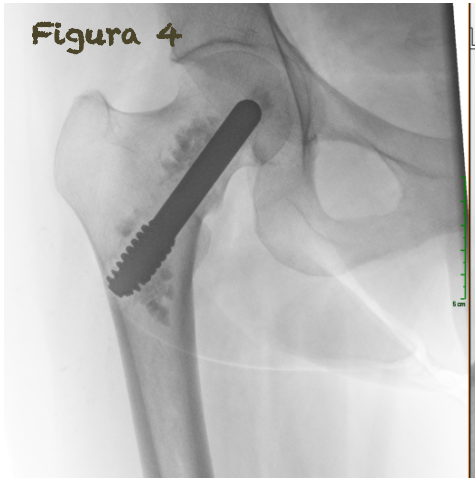
Hasta hace poco tiempo fue considerada como una condición de etiología desconocida. En 1999, *Cohen* y *Howell* describen la DF como una patología que se desarrolla a partir de un desequilibrio en la función de las células osteogénicas. El resultado es una alteración en la proliferación y diferenciación de las células osteoblásticas.

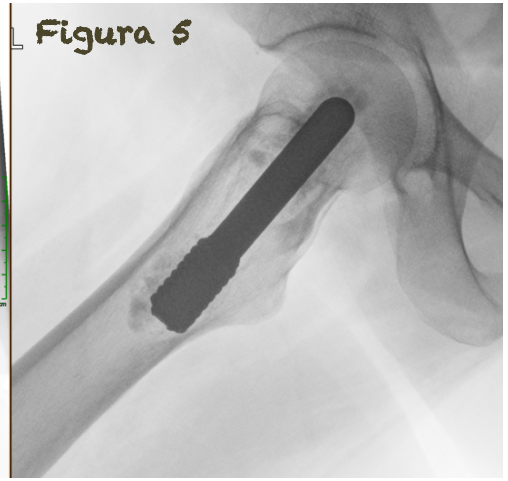
DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA DE CADERA. TRATAMIENTO CON METAL TRABECULAR.

A. D. Jover Mendiola[1], J. O. Sous Sánchez[1], C. E. Cobo Cervantes[1],M. T. Was[2], J. A. Velasco Medina[3]

[1] Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)
[2] Médico Adjunto Unidad de Cadera Hospital de Torrevieja (Alicante)
[3] Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

Se debe establecer un diagnóstico diferencial con los quistes solitarios, mediante pruebas de imagen, y seguimiento evolutivo del crecimiento mediante Tomografía Computerizada. Hay escasa bibliografía que unifique y valide una opción terapéutica.





En el cuello femoral no sólo es suficiente con un curetaje y relleno óseo dadas las cargas fisiológicas a las que está sometido el fémur. Cuando la lesión es de dimensiones mayores, destruye el sistema trabecular de carga del fémur proximal.

Una opción terapéutica es la implantación, sumado al curetaje previo y un aporte óseo para el relleno del defecto, de una fijación interna de osteosíntesis para aportar mayor estabilidad, resistencia y biocompatibilidad, pudiendo ofrecer excelentes resultados en los sucesivos controles evolutivos (***Figuras 4 y 5***).

DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA DE CADERA. TRATAMIENTO CON METAL TRABECULAR.

A. D. Jover Mendiola[1], J. O. Sous Sánchez[1], C. E. Cobo Cervantes[1],M. T. Was[2], J. A. Velasco Medina[3]

[1] Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)
[2] Médico Adjunto Unidad de Cadera Hospital de Torrevieja (Alicante)
[3] Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

CONCLUSIONES

① Consideramos que el uso del sistema ON ROD, consistente en un implante de Metal Trabecular, en combinación con aporte óseo mineralizado alogénico, puede establecer un concepto innovador que permite una solución terapéutica mínima invasiva con propiedades biomecánicas similares al hueso, y que permite una carga fisiológica temprana.

② Hay que establecer diagnósticos diferenciales con enfermedades de carácter reumatológico.

③ Es un procedimiento viable y cómodo, que puede retrasar la necesidad de una artroplastia de cadera, y con ello complicaciones posteriores en pacientes de mayor exigencia médico-quirúrgica.

④ La opción terapéutica de la implantación, sumado al curetaje previo y un aporte óseo para el relleno del defecto, con una fijación interna de osteosíntesis aporta mayor estabilidad, resistencia y biocompatibilidad.