

TRATAMIENTO DE DISPLASIA FIBROSA DE FÉMUR PROXIMAL MEDIANTE FIJACIÓN INTERNA CON CLAVO INTRAMEDULAR : VARÓN DE 48 AÑOS TRAS UN HALLAZGO INCIDENTAL



DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS:

- ▶ Varón de 48 años.
- ▶ Antecedentes personales de obesidad de más de 120 kg.
- ▶ Remitido desde su médico de atención primaria por descubrimiento incidental de lesión ósea en cuello femoral derecho tras realizarse una radiografía abdominal por un estudio de coleditiasis.
- ▶ No había referido en ninguna ocasión dolor inguinal, dolor ni dificultad en la marcha, fiebre ni otro síntoma.
- ▶ Tras los hallazgos, se amplió el estudio con una nueva radiografía de pelvis, una tomografía axial computerizada (TC) y una resonancia magnética (RM) de las lesiones.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- ▶ A la inspección no se apreciaba tumefacción ni signos inflamatorios aparentes.
- ▶ No presentaba dolor a la palpación en ningún punto óseo. La movilidad en la articulación femoroacetabular era completa, sin dolor a la rotación ni a la movilización de la cadera.
- ▶ La marcha era normal, sin alteraciones aparentes.
- ▶ El paciente no presentaba pérdida de fuerza ni alteraciones en la sensibilidad.

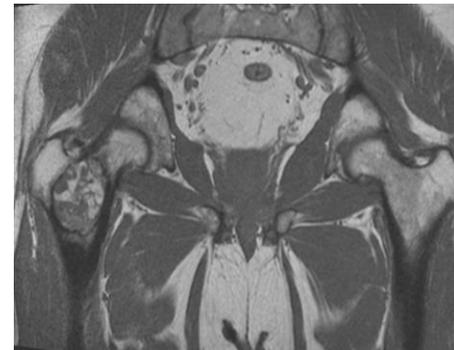
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:



Radiografía de pelvis en la que se aprecia lesión lítica intramedular de bordes bien definidos en fémur proximal y acetábulo derecho.



Tomografía Axial Computerizada en la que se visualiza en el cuello femoral una lesión lítica con bordes bien definidos escleróticos con zonas de opacidad en vidrio deslustrado



Resonancia Magnética: lesiones líticas de señal heterogénea con borde esclerótico y contenido de aspecto graso/fluido de 26X52X28 mm en fémur y 22x7mm en acetábulo que orienta a lesión benigna. Plantea un diagnóstico diferencial entre Displasia Fibrosa Poliostrótica y Fibromixoma Lipoesclerosante principalmente

DISPLASIA FIBROSA POLIOSTÓTICA EN CUELLO FEMORAL DERECHO

Tras descartar manifestaciones extraesqueléticas y otras alteraciones, se decide tratamiento quirúrgico de la lesión femoral para prevenir posibles fracturas.

Se decide fijación interna mediante colocación de un clavo intramedular:

- Se coloca al paciente en decúbito supino sobre mesa ortopédica.
- Se realiza una incisión lateral para introducir el clavo intramedular.
- Tras realizar el fresado del canal medular previo a la colocación del clavo, se realiza curetaje de la lesión y relleno con aloinjerto óseo.
- Se remite material de la lesión a Anatomía Patológica.
- Tras comprobar el correcto relleno de la cavidad, se introduce el clavo intramedular de 125º. Tras su colocación y comprobación radiológica de su correcta posición, se procede al cierre por planos, colocación de agrafes en piel y un apósito estéril sobre la herida quirúrgica.

La muestra de material remitida a Anatomía Patológica es valorada como *displasia fibrocartilaginosa multifragmentada* compatible con el diagnóstico de **displasia fibrosa**.

EVOLUCIÓN.

Tras la cirugía, el paciente evoluciona favorablemente y sin complicaciones, siendo dado de alta al 2º día postoperatorio. El paciente es valorado en Consultas Externas de Traumatología a las 3 semanas de la intervención, presentando buena evolución clínica y sin alteraciones en el control radiológico. El paciente no presenta dolor y deambula con ayuda de una muleta por precaución.





DISCUSIÓN

1

La displasia fibrosa (FD) es un proceso tumoral benigno genético manifestado como un defecto localizado en la diferenciación y maduración de los osteoblastos que provoca la sustitución del hueso normal por estroma fibroso y tejido óseo inmaduro. La FD se puede dividir en subtipos tras la evaluación de la extensión de la enfermedad esquelética (monostótica/poliosstótica) y la presencia de manifestaciones extraesqueléticas (Síndrome de McCune-Albright)

- ✓ Tras la visualización de las lesiones óseas se han de descartar manifestaciones extraesqueléticas.
- ✓ Lo más frecuente es que se trate de lesiones asintomáticas. Si las lesiones son dolorosas puede indicar importante deformidad o un alto riesgo de presentar futuras fracturas.

2

El tratamiento quirúrgico, generalmente no es necesario puesto que las lesiones óseas son asintomáticas y no suelen progresar después de la adolescencia. Sin embargo, el hueso afectado por la FD es más débil que el hueso normal y consecuentemente, es susceptible a sufrir fracturas patológicas

Según la mayoría de autores, la indicación de cirugía en la FD de cuello femoral se basa en :

1. grado de deformidad ósea,
2. historia de fracturas previas
3. probable riesgo de fractura.

La FD del fémur proximal en el hueso maduro puede ser tratada (en función de las características individuales del paciente) **adecuadamente y de forma segura mediante :**

- **clavos intramedulares,**
- **placas**
- **injerto de hueso alogénico**

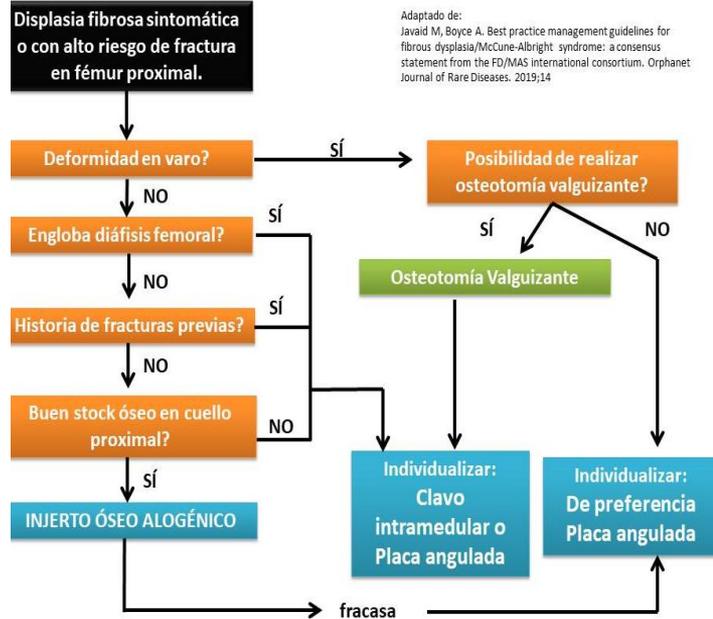


CONCLUSIONES

La mayoría de autores proponen un algoritmo terapéutico en el que:

1. **El injerto de hueso alogénico** está limitado a casos sin episodios previos de fractura, sin lesiones extensas en diáfisis femoral, sin deformidad del fémur que requiere osteotomía y con un adecuado stock óseo en el cuello femoral proximal. En el caso de fallo del injerto, en la revisión con cirugía se prefiere utilizar placas anguladas frente a clavos intramedulares por facilidad en la colocación de estas en presencia de remanentes del injerto.
2. **La fijación interna**, tanto con clavos como con placas, se prefiere en pacientes con factores que excluyen la colocación de injertos. En el uso de cualquiera de estos dispositivos es imprescindible que la lesión de la FD quede completamente puenteadada en la cabeza femoral y a nivel distal, con una fijación adecuada del implante en hueso sano tanto de la placa como del clavo.

En caso de deformidad severa del fémur sin posibilidad de realizar una osteotomía valguizante se prefiere tratamiento mediante placa angulada. En caso de poder realizar una osteotomía valguizante, el clavo intramedular es el implante de elección.



Bibliografía:

1. Majoor B, Leithner A. Individualized approach to the surgical management of fibrous dysplasia of the proximal femur. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2018;13(1).
2. Javaid M, Boyce A. Best practice management guidelines for fibrous dysplasia/McCune-Albright syndrome: a consensus statement from the FD/MAS international consortium. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2019;14(1).
3. TONG Z, ZHANG W. Surgical treatment of fibrous dysplasia in the proximal femur. Experimental and Therapeutic Medicine. 2013;5(5):1355-1358.