

48

Congreso
SOTOCAV

GRAN TEATRE DE XÀTIVA

14 y 15 de octubre de 2021



DISPLASIA OSTEOFIBROSA DE TIBIA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Simón Pérez, V; Blasco Mollá, MA; Deserio Cuesta, JA; García Chamorro, M; Garrido Rojo, R; Salom Taverner, M

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE



GENERALITAT VALENCIANA
HOSPITAL LA FE
UNIVERSITARI I POLITÈCNIC

P-72

• INTRODUCCIÓN:

La displasia osteofibrosa es una lesión fibro-ósea benigna y poco frecuente, que aparece en niños durante la primera década de la vida y que afecta casi exclusivamente a la tibia

Tiene un comportamiento impredecible y puede llegar a generar deformidades severas

Suele manifestarse como una tumoración gradual e indolora, aunque puede debutar como una fractura patológica

El diagnóstico es anatomopatológico

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con la displasia fibrosa monostótica y el adamantinoma de tibia

Su manejo es controvertido

• OBJETIVO:

Identificar, a partir de la presentación de un caso clínico, los aspectos clave para un correcto manejo de la DO

• METODOLOGÍA:

Se presenta un caso clínico de displasia osteofibrosa diagnosticada a los nueve años, seguida clínica y radiográficamente, hasta que se decide intervenir a los 14 años. Exponemos las técnicas utilizadas y el resultado conseguido



Imágenes iniciales radiográficas de la tibia izquierda a los nueve años de edad

• CASO CLÍNICO:

Desde el diagnóstico, la paciente presentó un crecimiento agresivo de la tibia no doloroso, con gran deformidad de la extremidad

En ningún momento se evidenció regresión espontánea de la enfermedad

Se decidió excisión radical de la lesión a los catorce años de edad con colocación de injerto de banco y osteosíntesis con placa, que presentó múltiples complicaciones, como fracturas periimplante, deformidades severas, disimetrías y pseudoartrosis hipertrófica de la unión con el aloinjerto



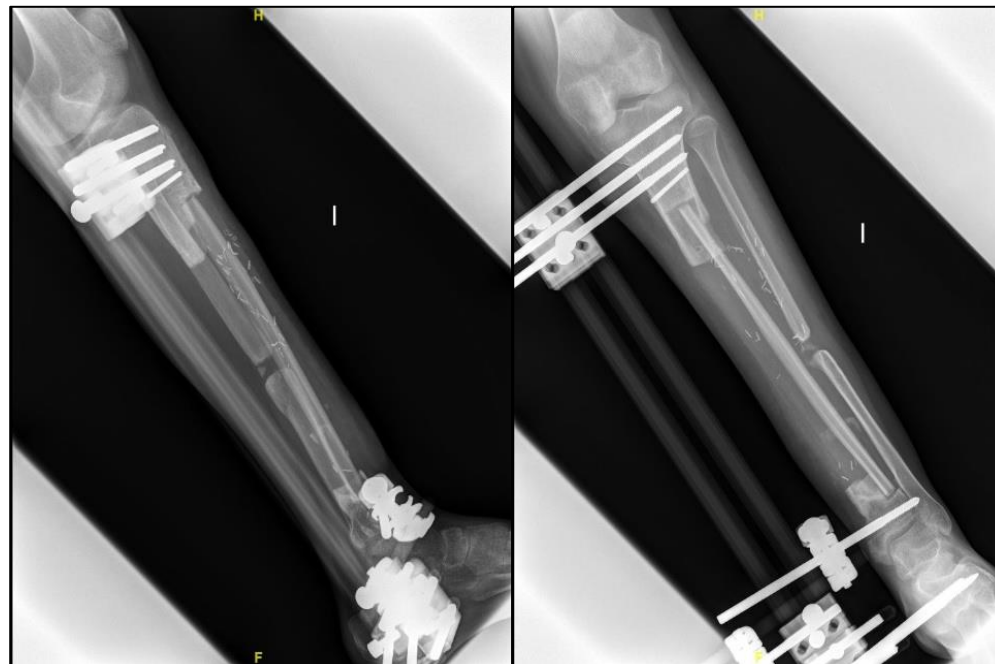
Radiografía anteroposterior y lateral con fractura periimplante de tibia izquierda tras excisión radical de la lesión y colocación de injerto de banco y osteosíntesis con placa

- CASO CLÍNICO:

El tratamiento requirió más intervenciones, desde legrado con relleno de hidroxiapatita hasta injerto vascularizado de peroné, que ha consolidado y tibializado en tres años de evolución



Radiografías de pseudoartrosis hipertrófica



Radiografías tras resección de foco de pseudoartrosis y colocación de injerto de peroné vascularizado en tibia izquierda



Última telemetría obtenida tras la intervención quirúrgica, donde se observa la tibialización del injerto vascularizado de peroné



DISPLASIA OSTEOFIBROSA DE TIBIA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Simón Pérez, V; Blasco Mollá, MA; Deserio Cuesta, JA; García Chamorro, M; Garrido Rojo, R; Salom Taverner, M

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

• DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El manejo de la displasia osteofibrosa es controvertido

Unos autores recomiendan una actitud expectante, principalmente en lesiones menos agresivas, que rara vez progresarán durante la infancia. Otros abogan por un planteamiento más radical, con el objetivo de minimizar posibles deformidades y potenciales fracturas patológicas

Existen determinados tratamientos, como la escisión marginal o el curetaje, que no modifican la evolución natural de la enfermedad. No obstante, en lesiones con un comportamiento agresivo o ante fracturas patológicas repetidas, se recomienda, una vez finalizado el crecimiento, una escisión ampliada en bloque con injerto masivo

• BIBLIOGRAFÍA:

Mathew JM, Franklin HS CY. Osteofibrous Dysplasia and Adamantinoma. J Am Acad Orthop Surg. 2010;18(6)(6):358–66.

Park JW, Lee C, Han I, Cho HS, Kim HS. Optimal Treatment of Osteofibrous Dysplasia of the Tibia. J Pediatr Orthop. 2018;38(7):e404–10.

Scholfield DW, Sadozai Z, Ghali C, Sumathi V, Douis H, Gaston L, et al. Does osteofibrous dysplasia progress to adamantinoma and how should they be treated? Bone Jt J. 2017;99B(3):409–16.

Westacott D, Kannu P, Stimec J, Hopyan S, Howard A. Osteofibrous Dysplasia of the Tibia in Children: Outcome without Resection. J Pediatr Orthop. 2019;39(8):e614–21.