

MANEJO QUIRÚRGICO DEL FÉMUR EN CAYADO DE PASTOR SECUNDARIO A DISPLASIA FIBROSA POLIOSTÓTICA

Moussallem González, J (1).; Galán Olleros, M.(2); Figueroa Gatica, M.J. (2); Martínez Caballero, I. (2)
(1) HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA): (2) HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS

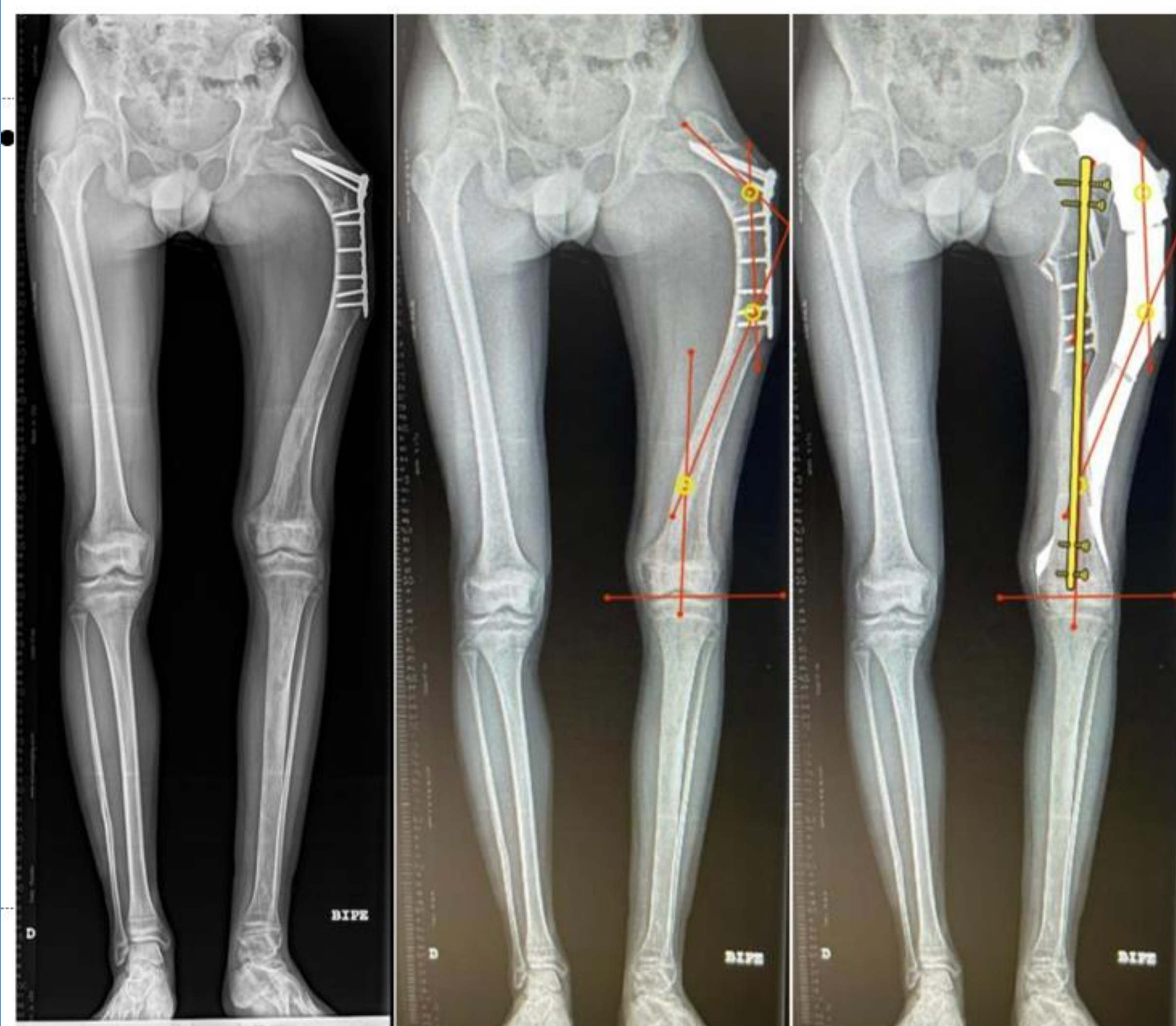
INTRODUCCIÓN

- 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 y vascularización irregular.
- El **tratamiento quirúrgico** debe valorarse en pacientes con dolor no controlado, fracturas y grandes deformidades.

OBJETIVOS

Mostrar nuestra experiencia en el tratamiento de la DF de fémur proximal (deformidad en cayado de pastor) mediante un sistema endo- y exomedular, empleando clavo y placa combinados.

MATERIAL Y MÉTODOS



PREPARACIÓN

- Decúbito supino con saqueto en zona TL
- Fluoroscopia y pantallas lado D.
- Preparar zona de iliacos para posible injerto + 2 aloinjertos cabezas femorales.

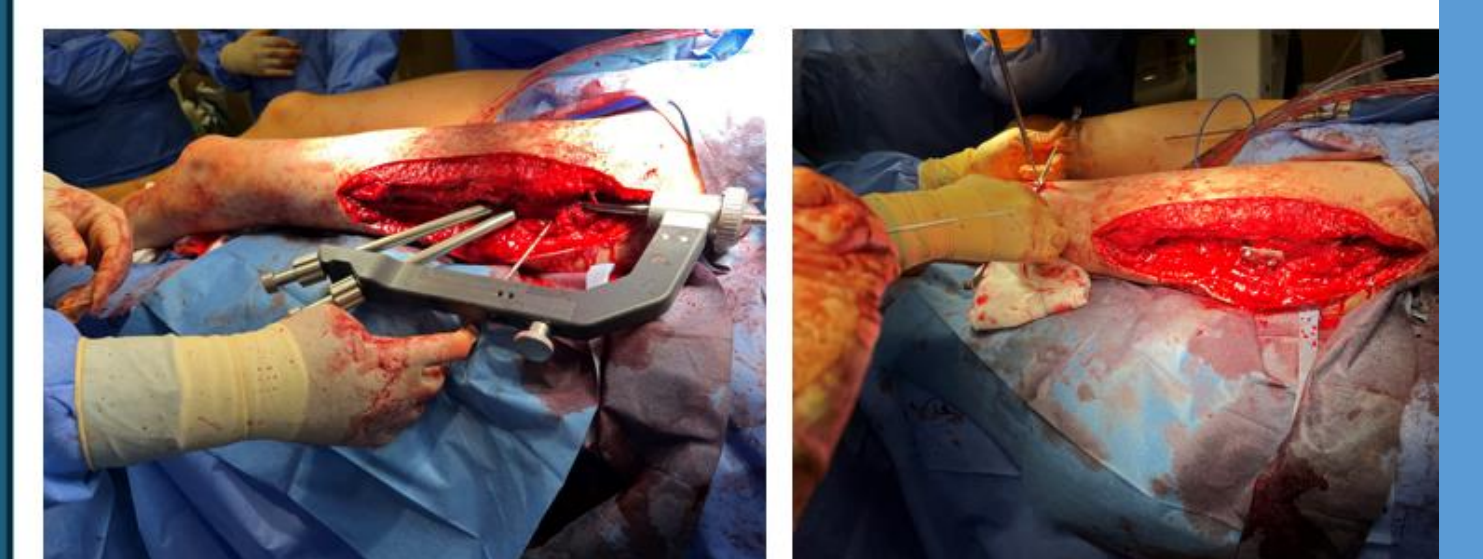
TECNICA QX

1. Abordaje lateral de fémur proximal ampliado
2. EMO placa fémur proximal.
3. Pasar 2 AK a cabeza fémur (centro en AP, 10° de convergencia con placa como guía)
4. OT subtrocantérea (**tornillo + distal de prox.**)
5. Punto de entrada en punta de trocánter mayor (usar AK como joystick para corregir varo, **angulando ~ 45°**)
6. Insertar aguja guía en fragmento proximal.
7. Avanzar aguja guía hacia fragmento distal.
8. OT tercio medio (**penúltimo tornillo**)
9. Fresar canal con fresa n° 8
10. Introducir clavo.
11. Colocar tornillo de bloqueo proximal.
12. Colocar tornillo de bloqueo distal.
13. Añadir placas anti-rotatorias en las 2 OT.
14. Añadir injerto (con **cerclaje tape**) + DBM puti.



EMO

2 AK
(Joystick)
OT
subtrocantérea
Aguja TM



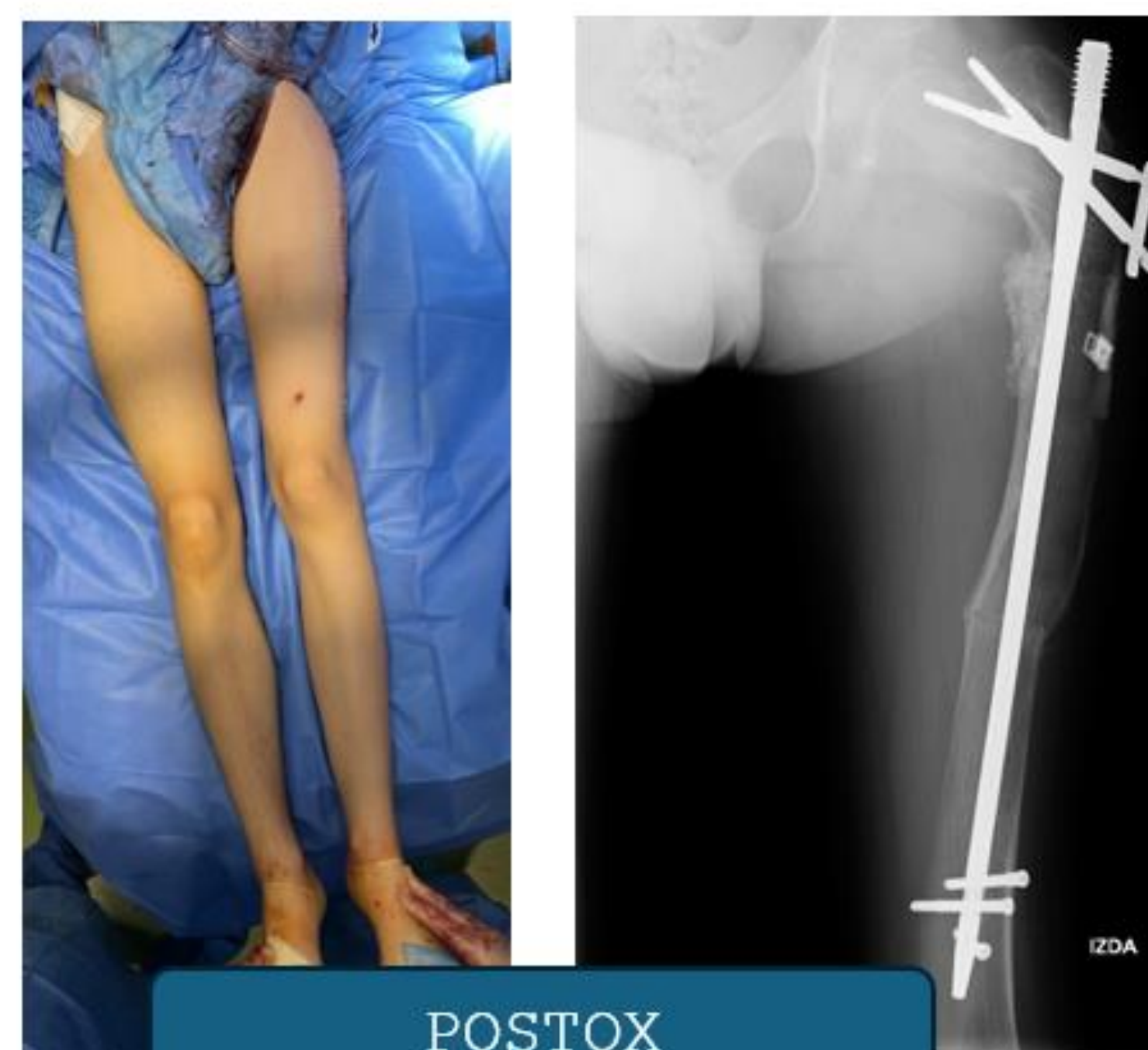
Guía
retrograda
Fresado
Clavo (8x32
mm)
Bloqueos

Refuerzo placa
Aloinjerto sobre
OT (cerclaje)

RESULTADOS



PREQX



POSTQX

El paciente **evolucionó favorablemente**, autorizándose la movilización activa de cadera y rodilla desde el postoperatorio inmediato, permitiéndose la deambulación con carga parcial tras 4 semanas. A los 6 meses postoperatorios deambula sin dolor, con un normoeje y un balance articular de cadera y rodilla completo.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra un **enfoque quirúrgico innovador y efectivo** para el manejo de la deformidad secundaria a DF de fémur en paciente pediátrico, destacando la importancia de:

- Una **planificación preoperatoria** meticulosa
- Realización de varias **osteotomías** (según el CORAs) y e
- El uso de técnicas avanzadas de fijación (**combinación de sistemas endo- y exomedulares**) y reconstrucción ósea en este grupo de pacientes.