

“VÁSTAGO TELESCÓPICO CON ENCLAVAMIENTO DOBLE PARA LA ESTABILIZACIÓN FEMORAL Y TIBIAL EN NIÑA CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA. REPORTE DE UN CASO.

Gil Pascual R., Moreno Arroyo A., Janariz Novel R., López Lobato R.
Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla)



Introducción y objetivos

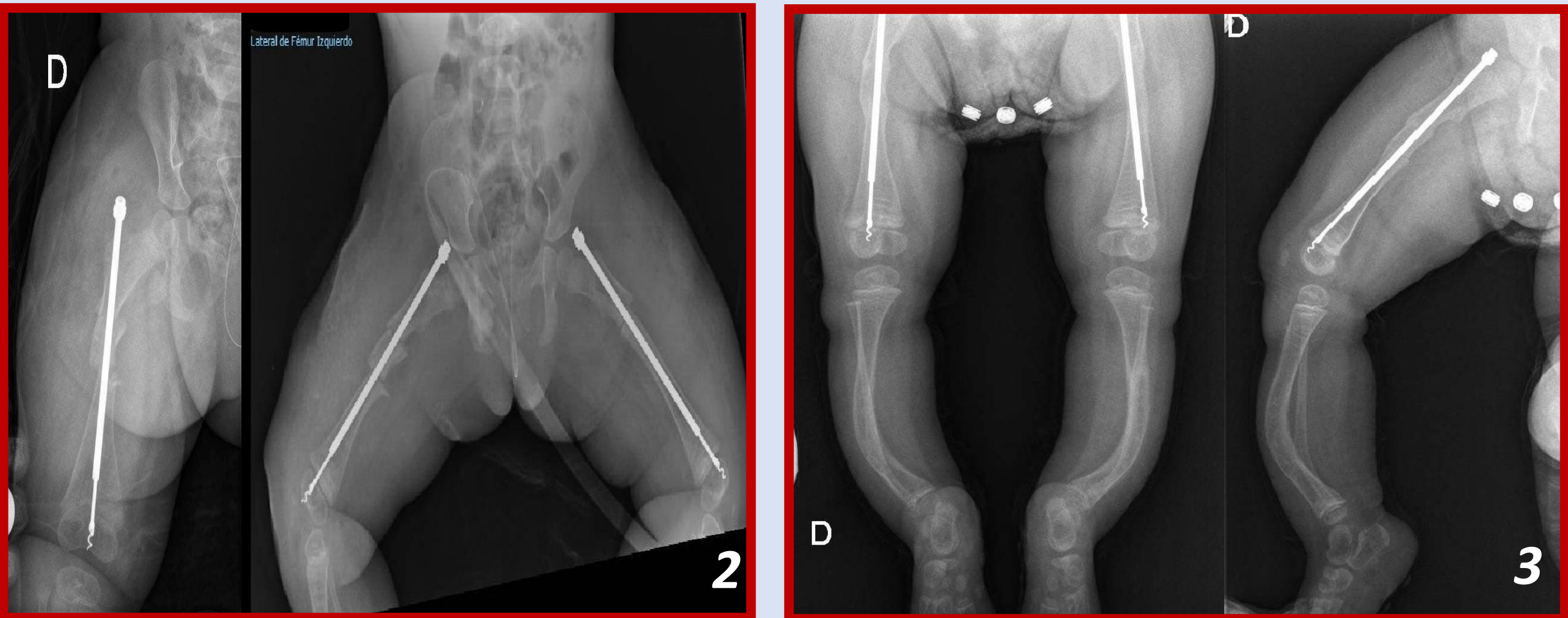
- Presentamos el caso de una paciente con osteogénesis imperfecta (OI) con deformidades invalidantes, así como su manejo quirúrgico y resultados.

Material y metodología

- Paciente de 25 meses diagnosticada de OI tipo IV derivada para valoración de secuelas de fracturas patológicas múltiples en todos los miembros desde el nacimiento, tratadas de forma conservadora.
- A la exploración física presenta fascies típica y deformidad evidente en miembros inferiores. Puede gatear, pero no tolera la bipedestación.
- En las pruebas de imagen se observa en fémur derecho, doble callo consolidado con una doble cora que condiciona un antecurvatum a 90º; en fémur izquierdo, una sola cora con antecurvatum a 90º. Tibias en antecurvatum con cora distal a 80º. (fig.1)



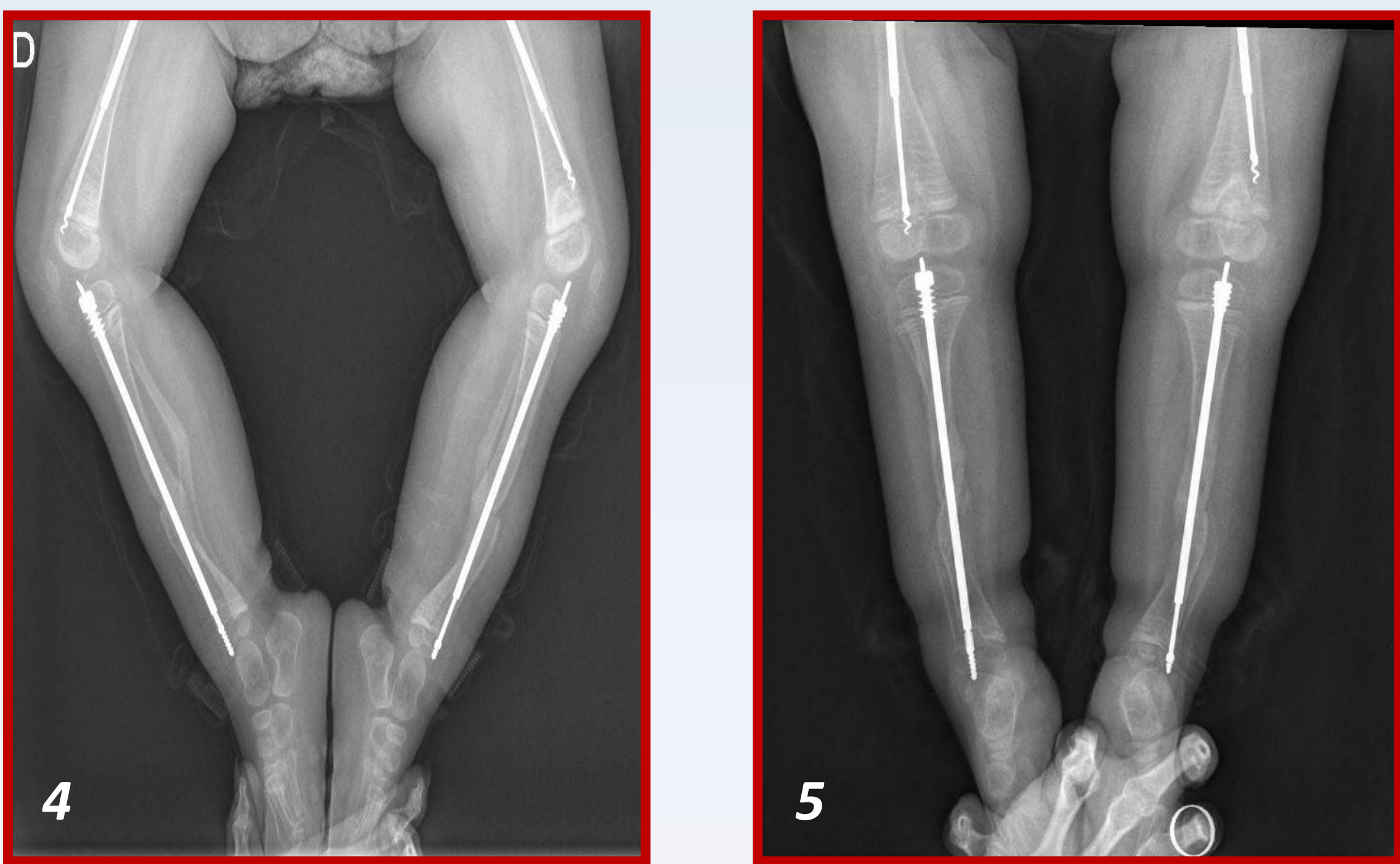
- Se decide intervención quirúrgica en 2 tiempos:
- En primer lugar, para corregir el fémur derecho, se realiza, mediante abordaje posterolateral, doble osteotomía abierta sobre las coras de deformidad del fémur, con cuña de cierre anterior de las mismas e implantación de clavo telescópico intramedular: paso de componente macho y hembra (diámetro: 3.5mm y longitud: 110mm).
- Repetimos mismo procedimiento en fémur contralateral. (fig. 2 y 3)



- Tras nueva fractura de la tibia izquierda al año de evolución, se optó por corrección de la deformidad en antecurvatum de ambas tibias mediante doble osteotomía y enclavado telescópico intramedular.

Resultados

- En las sucesivas consultas, la paciente se encuentra completamente asintomática. No se palpan componentes macho a nivel distal.
- Los controles radiográficos mostraron consolidación correcta bilateral de las osteotomías.
- Actualmente ha conseguido iniciar la marcha y los padres están muy satisfechos. (fig. 4 y 5)



Conclusiones

- El manejo de la OI requiere un enfoque multidisciplinario adaptado en función del grado de afectación para maximizar la función y reducir la incidencia de fracturas.
- El tratamiento quirúrgico de estos pacientes es un desafío para los cirujanos ortopédicos. La osteotomía adecuada para corregir el arqueamiento, la posición del clavo centro a centro y la profundidad de agarre suficiente, son factores claves al realizar la técnica.
- Desde nuestra experiencia podemos afirmar que el tratamiento quirúrgico realizado a través de osteotomías y el uso de enclavado telescópico, supone un método útil y eficaz de cara a lograr la bipedestación y la deambulación del paciente con OI.