

# Fractura patológica de fémur en contexto de displasia fibrosa poliestótica, a propósito de un caso.

Carreño Felices, MJ; Garcés García, R; Santos Becerra, JJ; Díaz Venega, B; Núñez de Prado López, I  
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", Centro Sanitario de Vida y Esperanza – Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

## OBJETIVO

Descripción y estudio de un caso clínico y revisión de la literatura relacionada.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente mujer de 33 años en seguimiento por **displasia fibrosa poliestótica** desde 2017, presentado dos lesiones localizadas en región metafisodiafisaria del fémur derecho y hueso iliaco derecho (confirmado mediante resonancia magnética). Presentando sobrepeso, coxalgia derecha crónica, DDL de 2'5 cm (MII > MID) y deformidad en cayado de pastor de fémur (ángulo cérvico diafisario de 110º).

El día 16/12/2024 acude al Servicio de Urgencias, refiriendo coxalgia aguda derecha y limitación para la deambulacion, sin antecedente traumático asociado. Presentando una **fractura subtrocantérea de fémur derecho**, patológica.

## RESULTADOS

Se interviene quirúrgicamente mediante curetaje de la lesión, osteotomía de sustracción lateral valguizante (en foco de fractura), injerto heterólogo en región metafisaria, fijación con placa en cortical lateral de foco de fractura y enclavado endomedular largo de fémur de 9mm x 320mm x 127º), con tornillo cefálico de 95 mm y bloqueo distal estático con tornillos de 30 y 35 mm.

Actualmente, la paciente deambula sin ayudas técnicas y sin precisar analgesia.



## CONCLUSIONES

- La **displasia fibrosa** es una lesión pseudotumoral benigna caracterizada por la sustitución del tejido óseo normal por tejido fibroso. Puede ser monostótica o poliestótica, con predominio en los huesos largos de los miembros inferiores.
- Se asocia con deformidades, **fracturas patológicas** (son frecuentes y no disminuyen después de la pubertad), disimetrías, alteraciones funcionales o síndromes como el de McCune-Albright o Mazabraud.
- El **diagnóstico** debe diferenciarse de otras lesiones óseas como quistes óseos simples, fibromas no osificantes o tumores malignos. Destacan como hallazgos radiológicos: imágenes quísticas, imágenes de vidrio esmerilado, trabeculaciones irregulares o deformidades metafisarias. En ocasiones, la biopsia es esencial para confirmar el diagnóstico.
- Las **radiografías, resonancia magnética o tomografía computarizada**, son fundamentales para evaluar la extensión de la displasia, monitorear la progresión de las lesiones y planificar intervenciones quirúrgicas.
- El **tratamiento** es conservador en casos asintomáticos. Se recomienda el tratamiento quirúrgico ante dolor persistente, fracturas patológicas o deformidades severas. Las técnicas incluyen curetaje, injerto óseo, osteotomías correctoras y fijación interna combinada con placas y enclavado endomedular.