

CAMBIO DE ESTRATEGIA CON ÉXITO EN TRATAMIENTO DE FRACTURA DE FÉMUR EN HUESO OSTEOPORÓTICO EN PACIENTE ADULTO CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

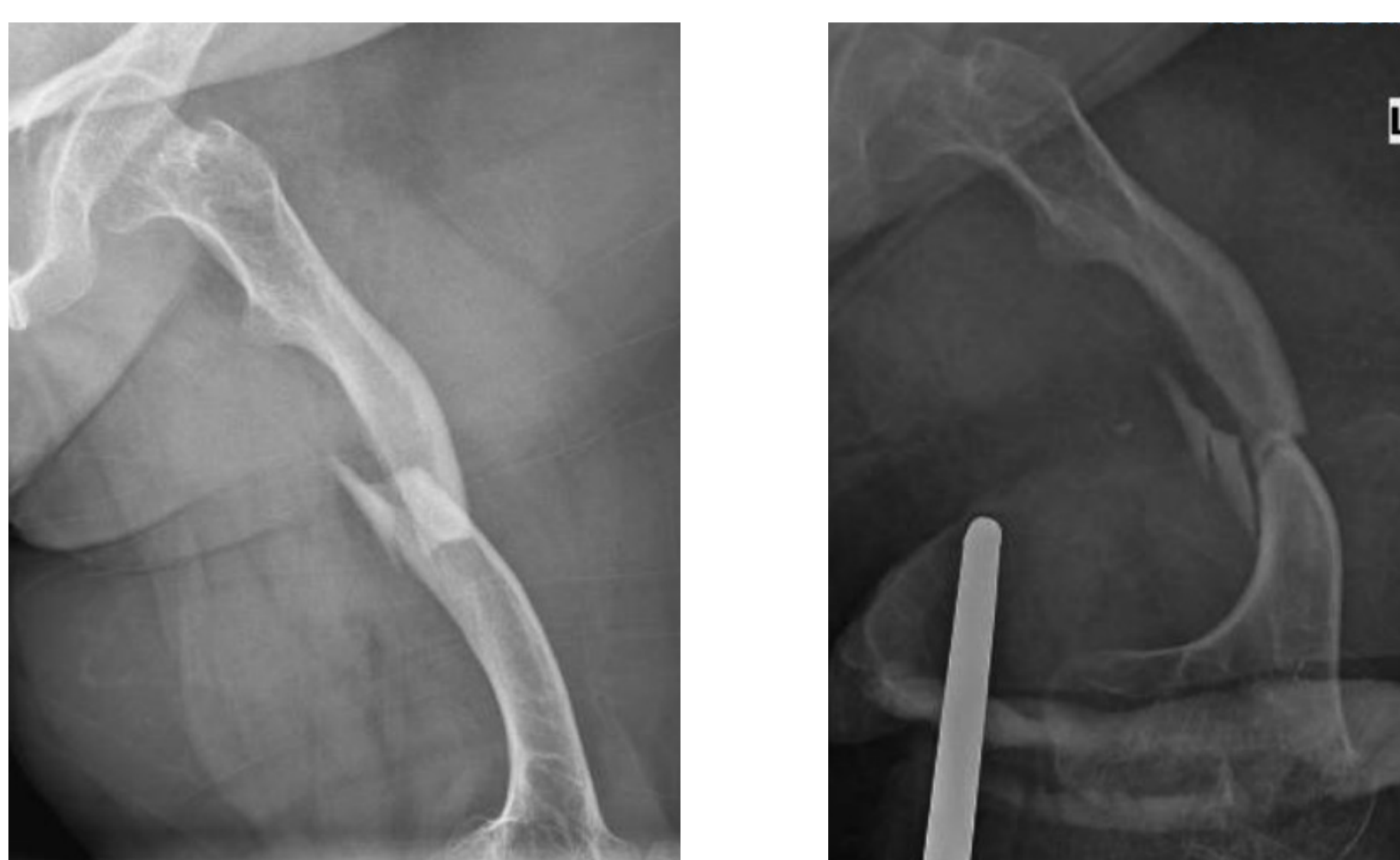
Delgado de Mendoza Doñoro, Ana; Pérez Sánchez, Jose María; Segura Cobos, Javier; Martínez Román, Cristina; Diz Diaz, Macarena.
Hospital U. Virgen del Rocío, Sevilla, España.

OBJETIVOS

Presentar un caso de fractura diafisaria de fémur en paciente adulto con osteogénesis imperfecta, tratada mediante estabilidad relativa con placa puente, presentando osteólisis de entorno a tornillos proximales y refractura y pseudoartrosis de foco, que precisó segunda cirugía con cambio de estrategia a estabilidad absoluta con buen resultado.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

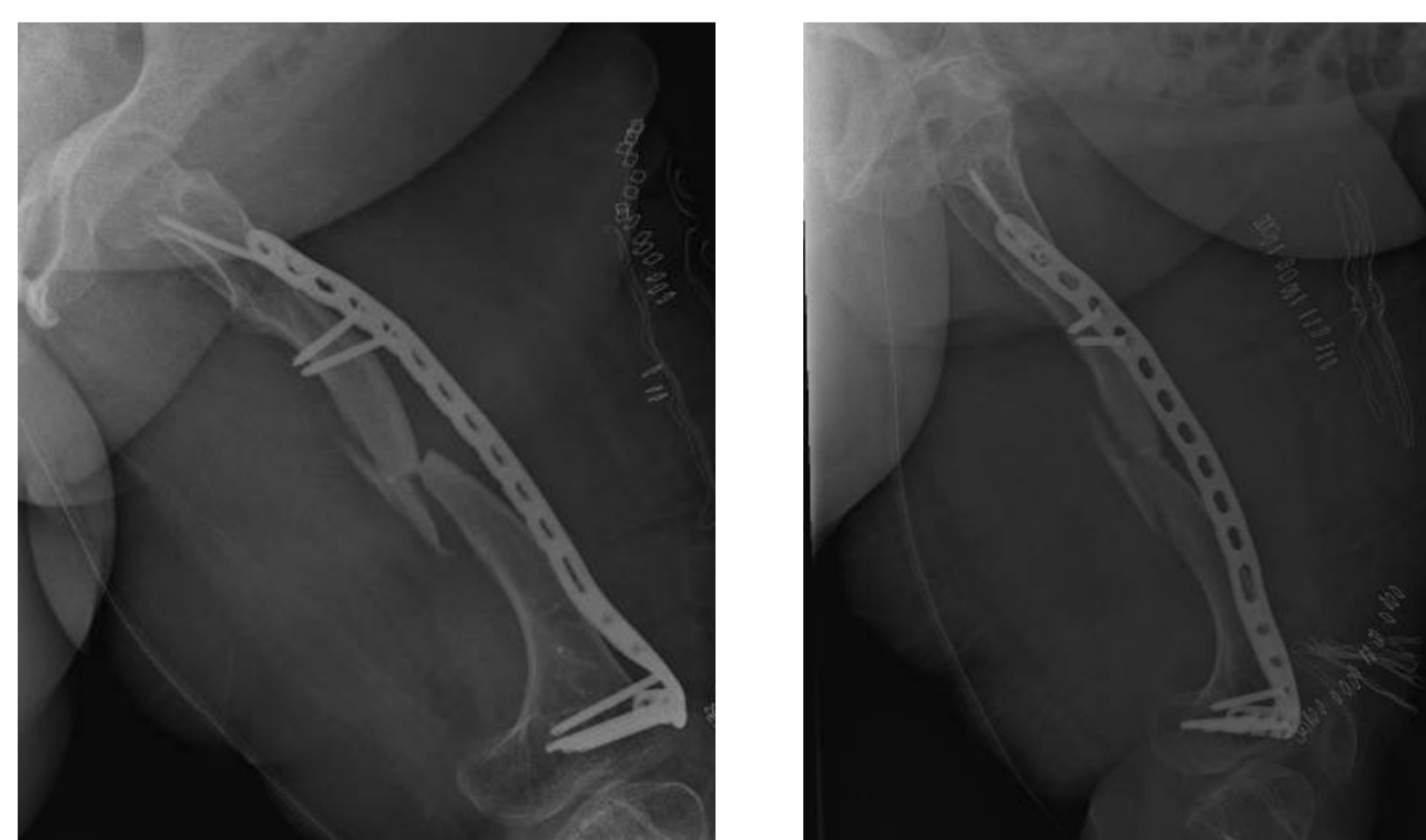
Paciente de 39 años con osteogénesis imperfecta, que sufre fractura diafisaria de fémur.



Debido a la osteoporosis y deformidad propia de la patología, se realiza reducción cerrada y osteosíntesis percutánea mediante placa de meseta tibial preformada como placa puente, dando una estabilidad relativa al foco. Se autorizó carga de inicio.

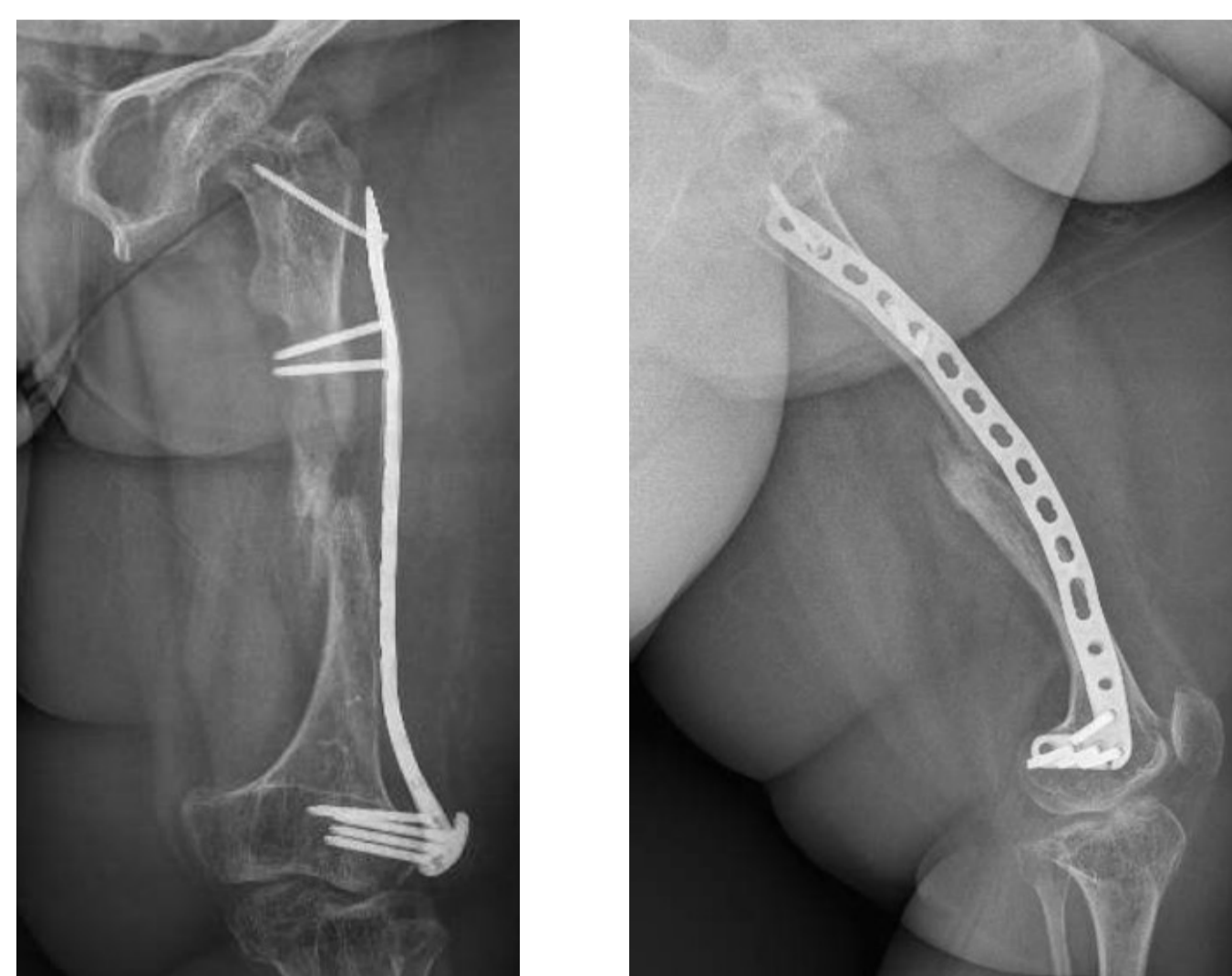
Cuatro meses tras la intervención

Presenta callo de fractura



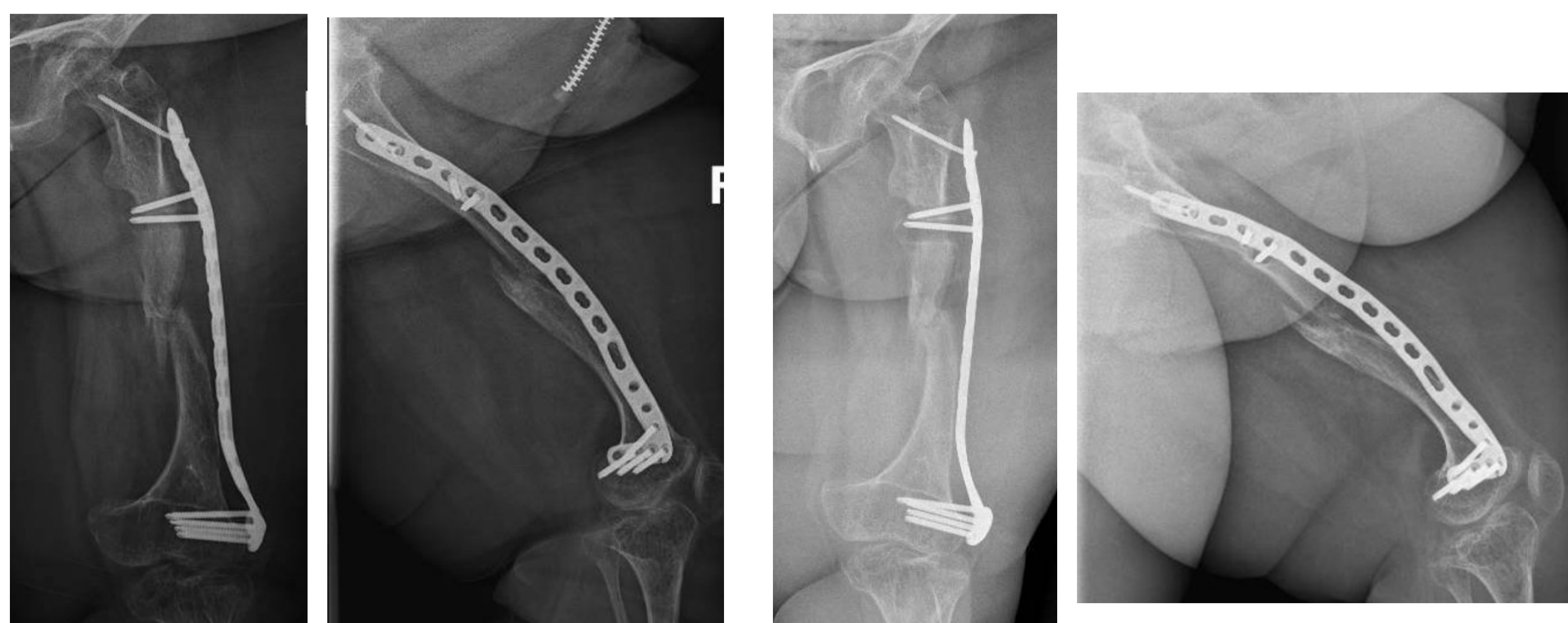
Diez meses tras la intervención

Consolidación ósea

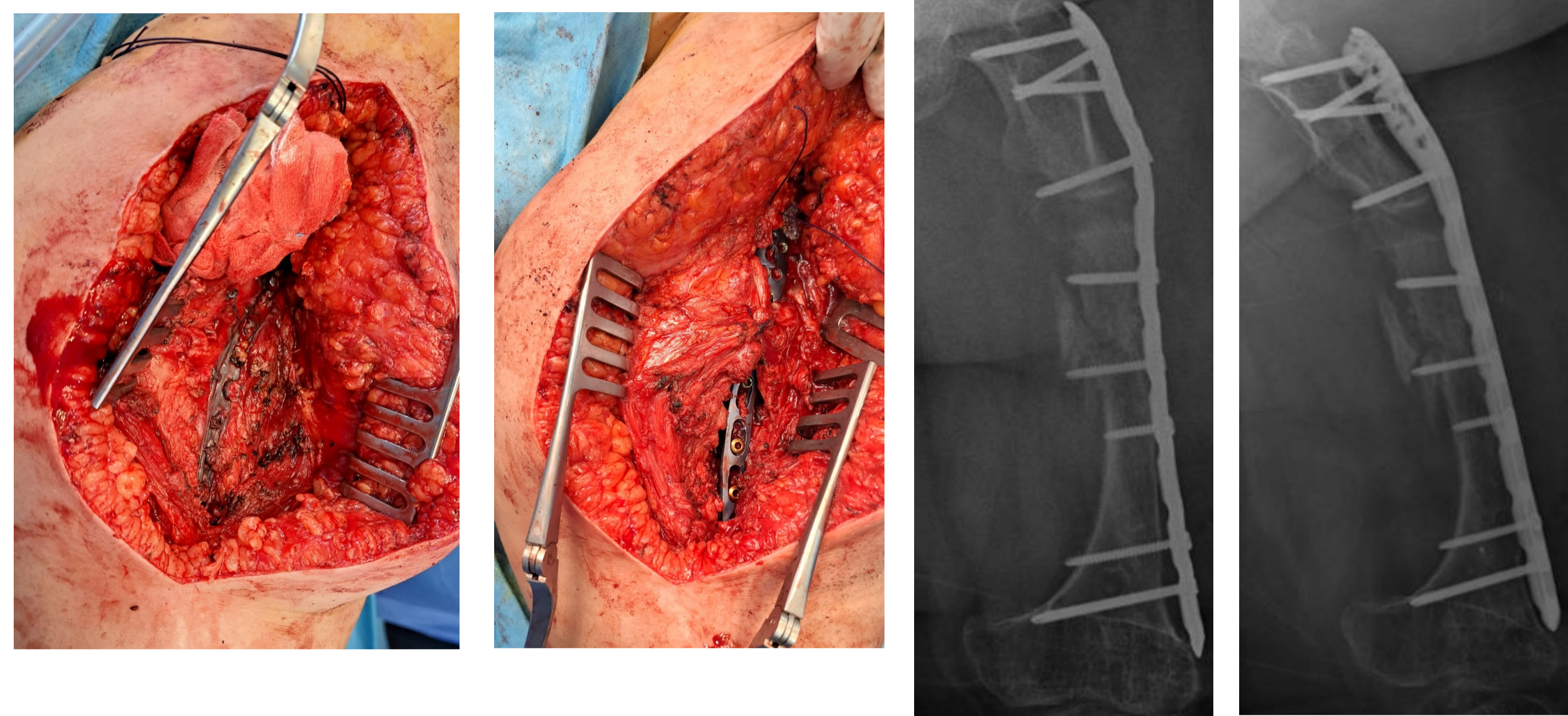


Dieciséis y veinticuatro meses tras la intervención

Osteólisis entorno a tornillos proximales, con fractura entre estos y refractura de foco

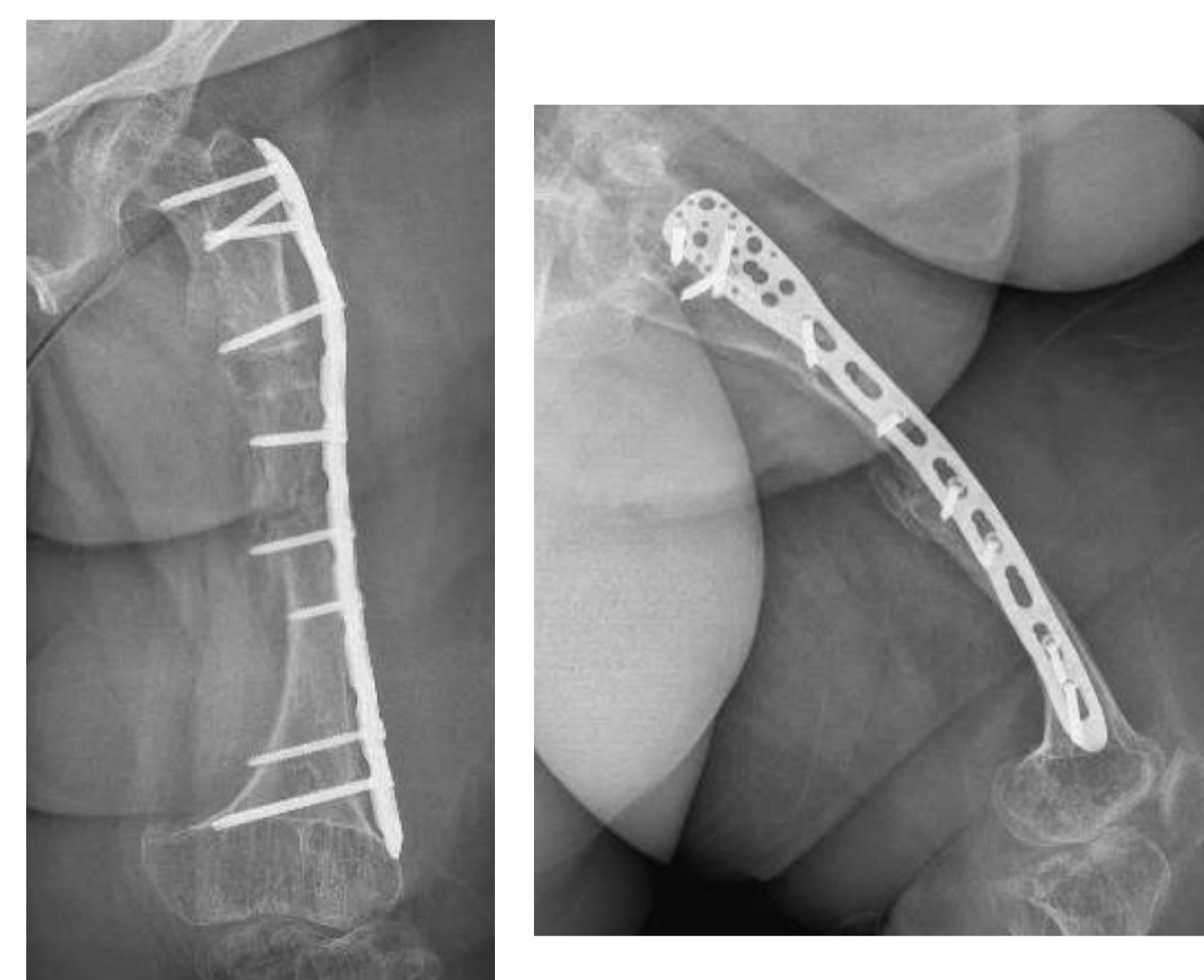


Segunda intervención. Osteosíntesis con placa precontorneada Philos a compresión a nivel de foco con injerto óseo y tornillos de bloqueo distales para protección de fémur.



RESULTADOS

Dos años tras la segunda intervención, se observa correcta consolidación, sin incidencias con los implantes ni nuevas fracturas, reanudando su vida normal, sin dolor y misma movilidad que la previa a la fractura.



CONCLUSIONES

La osteogénesis imperfecta es un trastorno congénito (genes COL1A1 o COL1A2), que cursa con una síntesis defectuosa de colágeno tipo I, además de una disminución general del mismo, presentando menor número de trabéculas y espesor cortical. Esta peor calidad ósea condiciona mayor fragilidad, y con ello, una mayor predisposición a fracturas y deformidad de las extremidades. Las fracturas se producen más frecuentemente durante la infancia, disminuyendo con el envejecimiento y cesando generalmente tras la pubertad. Cuando se considera la intervención quirúrgica, debemos ser conscientes de la probabilidad de no unión o incidencias con el material, y necesidad de procedimientos de revisión, debido a la consolidación y remodelación erráticas por la peor calidad ósea. En nuestro caso, observamos como a pesar de conseguir una correcta consolidación en el foco de fractura con estabilidad relativa, se produjo una osteólisis entorno a los tornillos proximales que condicionó una nueva fractura proximal, así como una refractura a nivel del foco, que tratada mediante estabilidad absoluta con montaje más rígido fue un éxito en el tratamiento.