

GUÍA DE CORTE PERSONALIZADA 3D EN EL MANEJO DE LA DISPLASIA OSTEOFIBROSA

J. Acha, P. Machado, L. Trullols, A Peiró. I. Gracia - Unidad de Cirugía Ortopédica Oncológica-

Cirugía Ortopédica y Traumatología - Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona

OBJETIVOS

La displasia osteofibrosa es una alteración en el desarrollo cortical diafisiario de la tibia o el peroné. Es poco prevalente y se considera una lesión benigna no neoplásica de causa desconocida, sin embargo se asocia a otros síndromes y progresión a Adamantinoma, por lo que el tratamiento va desde observación hasta resección e injerto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 38 años que consulta por gonalgia izquierda de 2 años de evolución, con mal control analgésico, que tras estudio inicial es derivado a nuestro centro. Las pruebas de imagen reportan lesión hiperintensa, intracortical, esclerosa y que capta contraste, de 65x26mm que condiciona remodelación ósea.

Biopsia: Hueso trabecular, morfología irregular en estroma fibroblástico, engrosamiento de cortical, sin atipia celular, actividad mitótica ni necrosis. IHQ positiva para SATB2 en el ribete osteoblástica.

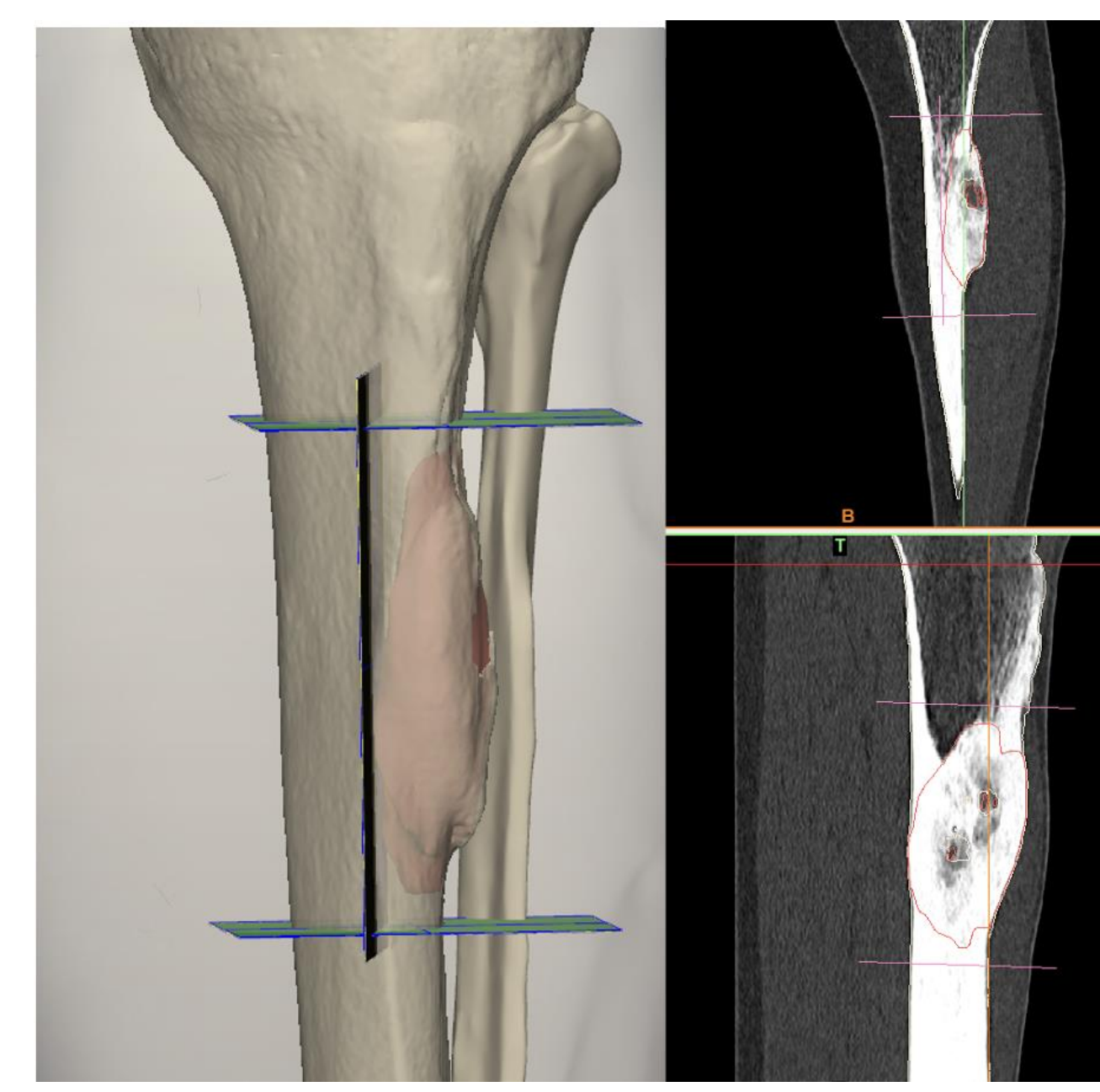


Figura 1: TC pre operatorio

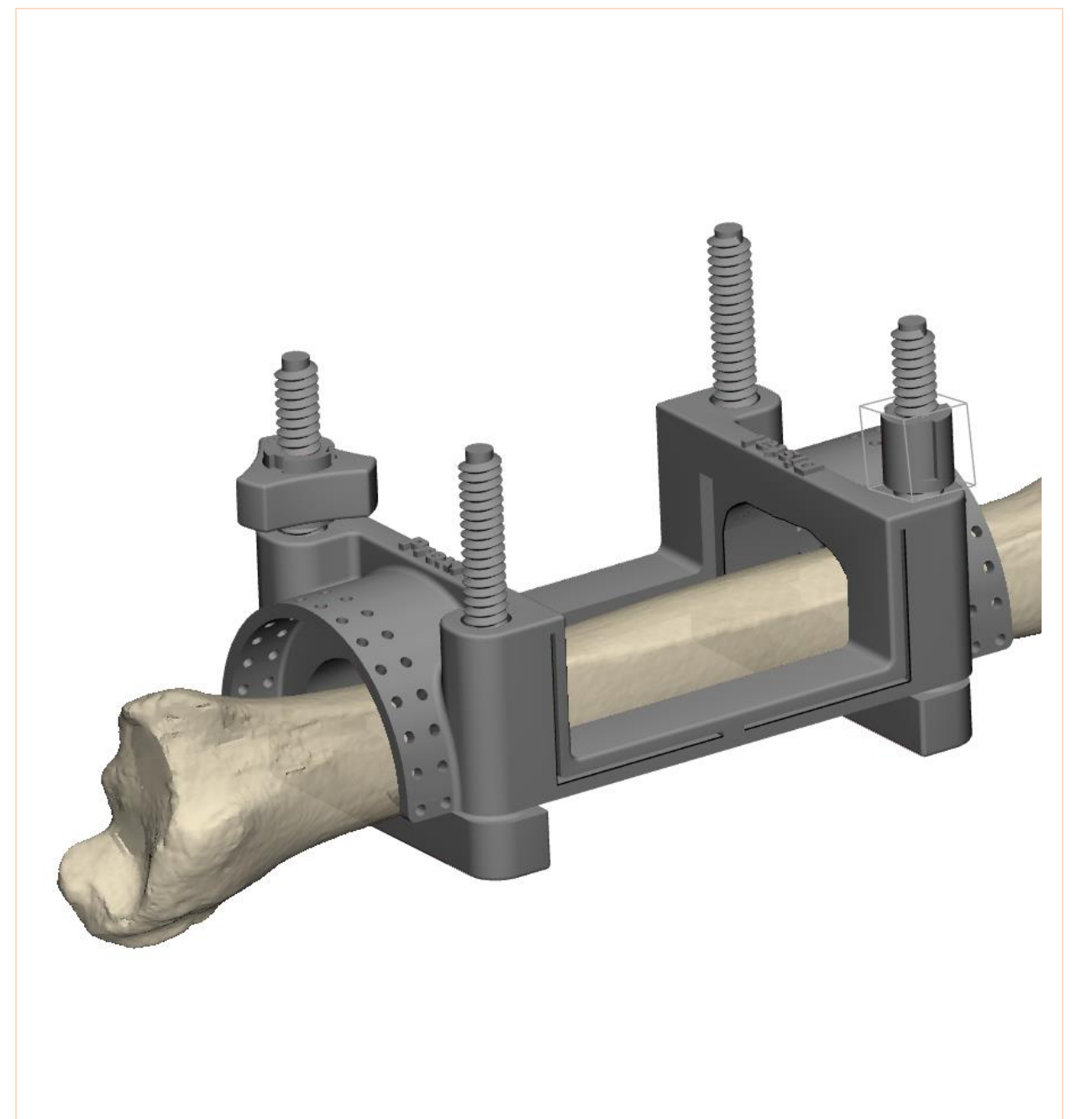


Figura 2: Excéresis guiada de la lesión

Dada la sintomatología de la paciente y el gran tamaño de la lesión se decide realizar una resección hemicortical para preservar el máximo posible de hueso sano, por lo que se planifica la cirugía con una guía de corte personalizada, en colaboración con el laboratorio 3D de nuestro centro. Con la misma guía personalizada 3D se realiza una resección de la lesión y se obtiene un injerto "press fit" para la zona del defecto, posteriormente fijación con una placa.

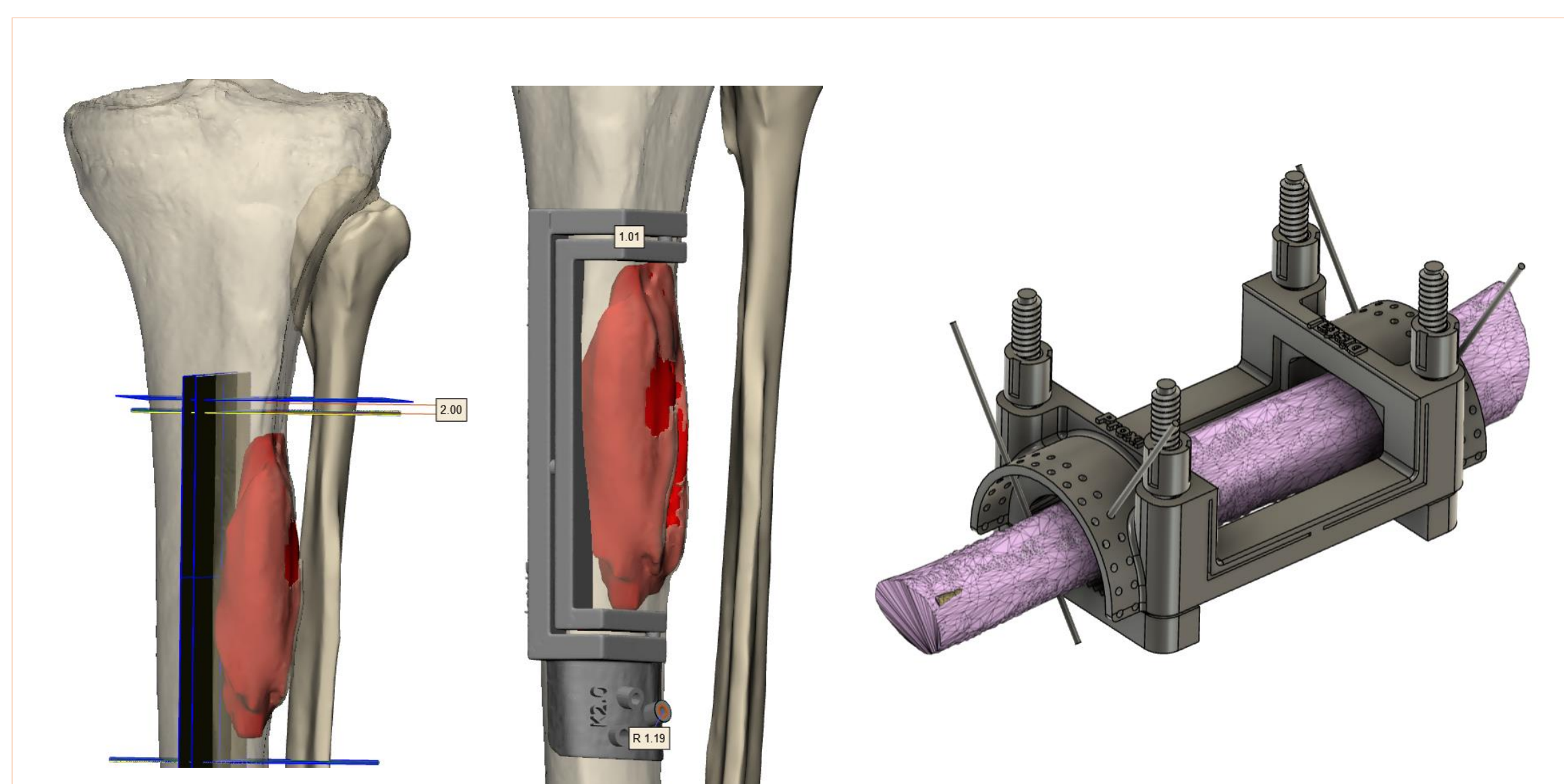


Figura 3: Guía personalizada para lesión y para el injerto.

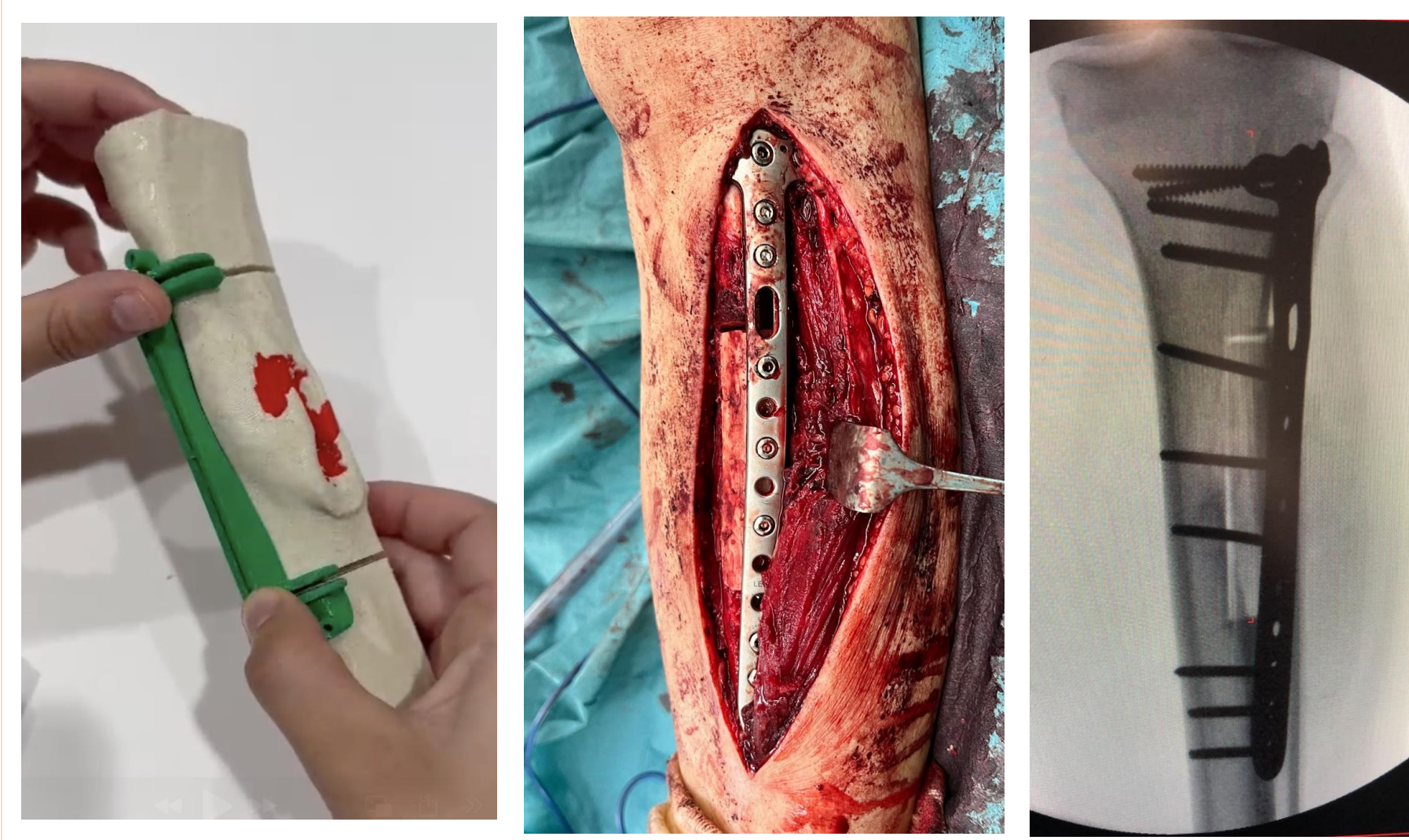


Figura 4: Intra operatorio y seguimiento.

El posquirúrgico inmediato es correcto y a los 6 meses se ha iniciado la carga completa, con un buen control analgésico y pruebas de imagen en las que se objetiva signos de integración.

RESULTADOS

La paciente presentó una buena evolución y una remisión de la sintomatología que motivó la consulta inicial, con rangos de movilidad completa y correcta integración del injerto.

CONCLUSIONES

La displasia osteofibrosa es una patología con manejo diverso que debe diagnosticarse mediante estudio histopatológico y distinguirse de una patología similar pero agresiva como es el adamantinoma.

La tecnología 3D es una herramienta muy útil en el marco de la cirugía oncológica, permite resecciones más precisas y puede reducir el porcentaje de error.

Requiere una curva de aprendizaje y una participación directa del equipo de ingenieros.

BIBLIOGRAFIA

1. Liu R, et al. *Osteofibrous dysplasia: a narrative review.* J Orthop Surg Res. 2024
2. Park J-W, et al. *Optimal Treatment of Osteofibrous Dysplasia of the Tibia.* Clin Orthop Relat Res. 2018
3. Hahn SB, et al. *Treatment of Osteofibrous Dysplasia and Associated Lesions.* J Pediatr Orthop. 2007
4. Campanacci M, et al. *Osteofibrous dysplasia of the tibia and fibula.* J Bone Joint Surg Am. 1981;63-A:30-39
5. El Beaino M, et al. *Osteofibrous dysplasia and adamantinoma: A summary of current understanding.* Surg Oncol. 2021.