

UN CASO SOBRE OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA EN LA RODILLA SECUNDARIA A UN CUADRO DE PARALISIS PROLONGADA

García Cerruto N. ; Sánchez Bosque M. ; Antón Pacheco J. ; Olcina Meseguer M. ; Quevedo Reinoso R

PRESENTACIÓN DEL CASO



Varón de 50 años.

Guillain-Barré en 1998 que requirió ingreso en UCI prolongado.

Ningún otro antecedente de relevancia.

EXPLORACIÓN

-Paciente con movilidad limitada, apoyo no plantígrado.

-Anquilosis articular de ambas rodillas en flexión a 50°.

-Contractura espástica de isquiotibiales, bíceps femoral y atrofia cuadricepsal que no responde a tratamiento conservador con rehabilitación

PRUEBAS DE IMAGEN



Se aprecian lesiones de características óseas maduras en la región miotendinosa del vasto medial en la izquierda y en el trayecto proximal del LCI en la derecha, se diagnostica como una **Miositis osificante secundaria a daño neurológico**.

SOBRE LA MIOSITIS OSIFICANTE...

- Es una formación ósea heterotópica reactiva que aparece en el músculo esquelético y resto de tejidos blandos.
- Fisiopatología no comprendida del todo.
- 3 tipos principales: La progresiva, que es de carácter genético y muchas veces letal; La postraumática, que es la más frecuente; Y por último la neurógena, secundaria a sedación prolongada y lesiones encefálicas-medulares.
- El tratamiento en fases iniciales debe ser conservador y el tratamiento quirúrgico se reserva para pacientes refractarios, limitación articular marcada y compresiones neurovasculares.

INTERVENCIÓN

Se procede a realizar, mediante un abordaje medial, la resección de la osificación heterotópica del cóndilo femoral, tenotomía de isquiotibiales y capsulotomía posterior. Mediante un abordaje lateral, alargamiento del bíceps femoral y osteotomía de extensión femoral y fijación con placa LISS. En el postoperatorio inmediato se indica Indometacina IV y movilización pasiva constante. La carga se autorizo a partir de las 3 semanas.

RESULTADOS

El paciente a las 3 semanas consigue una movilidad pasiva de 5-70° sin dolor, a los 6 meses se consigue un balance articular pasivo de 5-90° con un ligero retroceso en la extensión, capacidad muscular limitada y se aprecia una consolidación de la osteotomía. El paciente está satisfecho con la cirugía, es capaz de mantenerse en pie con ayuda y refiere mejoría en la calidad de vida.



CONCLUSIÓN

Esta puede llegar a ser una patología muy limitante, la resección de la osificación, junto con el manejo de partes blandas y osteotomías, recuperan un balance articular aceptable que mejora la calidad de vida de estos pacientes.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA