

PSEUDOARTROSIS CONGÉNITA TIBIA BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marqueta González, P; Bueno Sánchez, AM; Serrano Gil, E; De Armas Báez, HH; Rey Cañas, R; Arviza Lorenzo, P; González López M; González Berenguer M.P (HOSPITAL UNIVERSITARIO GETAFE)

INTRODUCCIÓN

La **pseudoartrosis congénita de tibia** (SCT) es un trastorno poco frecuente del desarrollo óseo caracterizado por una *incurvación anterolateral de tibia*, así como posteriores *fracturas* que no consolidan y la formación de una *pseudoartrosis* en el foco.

El tratamiento de la SCT es un desafío y suele generar múltiples alternativas quirúrgicas, técnicamente demandante y con frecuentes complicaciones en sus resultados.

OBJETIVOS

Valorar la evolución de un caso de SCT idiopática bilateral tras el tratamiento quirúrgico realizado en nuestro centro.

Asimismo, analizar la contribución del **uso de placas biológicas** en el tratamiento de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 15 años y medio. Diagnosticada y tratada de SCT en otro centro hasta los 11 años.

Presenta una pseudoartrosis bilateral en el cuarto distal de ambas tibias, sobre las que se añaden complicaciones y secuelas de las cirugías previamente aplicadas (Fig 1-4)

RESULTADOS

En ambas tibias se realizó *limpieza del foco*, refrescando ambos extremos de la pseudoartrosis.

Se insertó *injerto autólogo procedente de cresta iliaca* y de *peroné* no desperiostizado en el foco, contenido todo ello por **placas biológicas de hueso cortical heterólogo** (Fig 5), en torno a un *clavo telescópico* insertado de epífisis a epífisis.

La tibia izquierda consolidó tras la primera cirugía. La tibia derecha tras la tercera.

Actualmente la paciente usa una ortesis sural en el lado derecho, y camina sin ayudas externas (Fig 6).

CONCLUSIONES:

- El tratamiento quirúrgico de la SCT resulta en muchos casos ineficaz, por lo que tras varias cirugías termina con la amputación del miembro.
- En la técnica quirúrgica de la SCT es fundamental la limpieza del foco y revitalización de los extremos óseos, tanto como la estabilización del foco. Para ello usamos los clavos telescópicos que aportan estabilización endomedular pasando la fisis, y las placas que llamamos "**placas biológicas**". Estas se tratan de placas de hueso cortical heterólogo, tal como usamos en otras situaciones con huesos frágiles, que *añaden estabilización pericortical*.
- Esta técnica recuerda la publicada por *Guang-hui Zhu en 2016* aunque, a diferencia de éste que usó placas autólogas de cresta iliaca, nosotros usamos hueso heterólogo porque finalmente es difícil disponer de cresta.

