

ROVIRA MARTINEZ, D. ; SEGURA GARCIA, L ; RAMAYO DIAZ, N. ; VERDEJO GONZALEZ, A.; DOÑATE PÉREZ, F.  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (CHUA)

## OBJETIVO

Presentar el diagnóstico y manejo de un paciente con displasia fibrosa hemimélica tratada previamente en su país de origen que acude a nuestras consultas con coxalgia derecha secundaria a movilización del implante

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Presentamos el caso de una mujer de 26 años con diagnóstico de displasia fibrosa polioestótica hemimélica tratada en su país de origen con osteotomía y placa deslizante de fémur proximal derecho, en la que se observa en la radiografía movilización del tornillo cefálica (Fig.1 )

## RESULTADOS

Se realiza intervención quirúrgica bajo anestesia general y bajo control de escopia mediante extracción de tornillo-placa deslizante. Se observa intraoperatoriamente gran defecto en cabeza y metáfisis, el cuál se trata aportando injerto heterólogo de banco de hueso y realizando enclavado endomedular. (Fig.2)

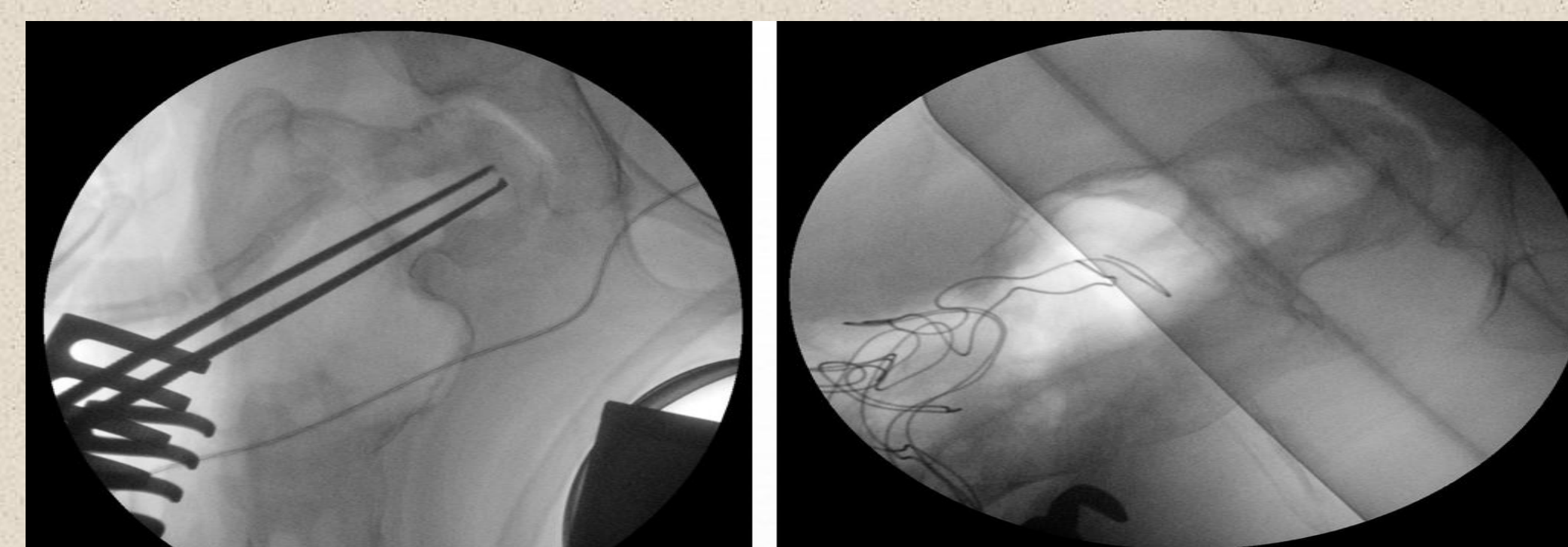


Fig.2



Fig.1

## CONCLUSIONES

La displasia fibrosa se trata de un lesión pseudotumoral benigna caracterizada por una metaplasia fibrosa expansiva monostótica (afectación de un solo hueso) o polioestótica (afectación de más de un hueso). Clínicamente suele cursar con dolor, deformidad, fracturas patológicas, pudiéndose asociar a alteraciones endocrinas como el Sd. de Mcune-Albright o Sd. Mazabraud

Ante una displasia fibrosa sintomática con dolor en varias localizaciones es necesario investigar la extensión de la enfermedad y descartar que se trate de una displasia fibrosa polioestótica. Suele ser de predominio en un hemicuerpo, y principalmente en huesos largos de miembros inferiores.

El tratamiento de la displasia fibrosa suele ser conservador, pero en casos donde haya dolor, gran deformidad estética o fracturas patológicas, el tratamiento de elección será quirúrgico.



SCAN ME

**6 CONGRESO  
secot**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA