

ORTOPEDIA

DISPLASIA FIBROCARTILAGINOSA FOCAL EN EL CÚBITO

(Reporte de un Caso)

Gary Sanabria Ávila*

SUMMARY

Focal fibrocartilaginous dysplasia is a benign bone lesion known to cause deformities; we report our first case in Costa Rica with this condition, 5 years old female, was recognized radiologically with focal cortical indentation seen in the distal end of the ulna with antero medial bowing and dysplasia. The radial head was dislocated postero laterally. We did treatment by ulnar lengthening using an external fixator and Osteotomy which corrected both the ulnar deformity and reduced the dislocated radial head, plus we added a Kirschner pin to maintain the lengthening direction. We report good results

after 6 months post surgery with no radial head dislocation and good ulnar lengthening, no loss of range of movement.

INTRODUCCIÓN

La Displasia Focal Fibrocartilaginosa a nivel del Cubito DFFC, como entidad aislada es bastante rara, se reportan pocos casos según la bibliografía mundial. Cuando la displasia cubital se asocia a otras condiciones se observa en; exostosis múltiple, deficiencias cubitales, y Neurofibromatosis. La DFFC que presentamos en el presente artículo se caracteriza al igual que en las reportadas a nivel

mundial, donde el encurvamiento progresivo en varo a nivel del cubito, produce luxación progresiva de la cabeza del radio. No se sabe porque a nivel del cubito distal es que ocurre esta patología, sin embargo a pesar de que se vea varo del cubito, y haya encurvamiento asociado del radio, hace pensar en la necesidad de la realización de algún procedimiento a nivel del radio para poder reducir la cabeza radial, sin embargo existen diferentes autores los cuales reportan adecuados a nivel mundial (1, 2, 3) con osteotomía correctiva y alargamiento a nivel cubital. La creación de un antebrazo de un

*Medico Asistente Ortopedista y Traumatólogo Infantil. Hospital Max Peralta.
Email: garidius@gmail.com

Keywords: Focal fibrocartilaginous dysplasia, Cubital Fibrous dysplasia.

solo hueso propuesto por Flatt et al, lo cual mantiene adecuados arcos de movilidad a nivel del codo, antebrazo y muñeca, sería un procedimiento adecuado. Sin embargo hay diferentes puntos de vista de los autores, la creación de un antebrazo de un solo hueso se puede utilizar como un procedimiento de rescate o de última opción. Ante todos los hallazgos que involucran un aumento progresivo en varo de la diáfisis cubital, junto con subluxación que a la postre se llegara a una luxación de la cabeza radial, nos lleva a que el razonamiento que dan los japoneses Kazuki et al. (2), a cerca del manejo de la indentación cortical a nivel ulnar, donde el alargamiento paulatino del eje del cubito nos lleva a mejorar la situación de la cabeza radial con respecto a una articulación radio capitellar. Histológicamente, lo que se ha encontrado es una densa banda de tejido conectivo con muestras de periostio que afecta la osificación endocondral

lo cual afecta el crecimiento longitudinal del cúbito, no está clara aun la razón por la que hay una obstrucción al canal medular en el cúbito (1), además de que se menciona tejido muscular ectópico del pronador cuadrado, o más bien una inserción anómala del músculo a nivel metafisiario. Jouvé et al (1), recomiendan en su revisión, la observación seriada bien cercana para poder vigilar la luxación de la cabeza radial durante la vigilancia, debido a que la luxación de la misma conlleva a que hay desviación del antebrazo debido al cúbito prominente en varo lo cual conlleva a luxación de la cabeza radial a la postre. Es la misma bibliografía la que nos describe que el problema se resuelve adecuadamente con alargamiento cubital, y esto al mismo tiempo quirúrgico deja dilucidar la reducción de la luxación de la cabeza radial. Es así como diferentes autores sugieren que para solucionar el problema de la cabeza del radio, sería el cubito el

lugar en donde hay que actuar.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 5 años de edad sin antecedentes personales patológicos y heredo familiares de importancia. Diagnosticada como Pseudoartrosis Cubital desde el 2006, sin embargo al seguir la observación del caso se puede ver la luxación de la cabeza del radio y la deformidad en varo severa del cubito, a pesar de ello la paciente mantenía arcos de movilidad tanto de flexión y de extensión del codo, así como pronación y supinación completas, por lo cual se le daba manejo expectante, familiares de la paciente re-consultan de manera tal que en sesión se decide intervenir a la paciente debido a la deformidad progresiva tanto del varo de la ulna como la luxación de la cabeza radial, a nivel del antebrazo izquierdo (Ver Figuras 1 - 3).

Figura 1: Miembro Superior Izquierdo



Figura 2: Comparación acerca de los antebrazos (Cúbitos)

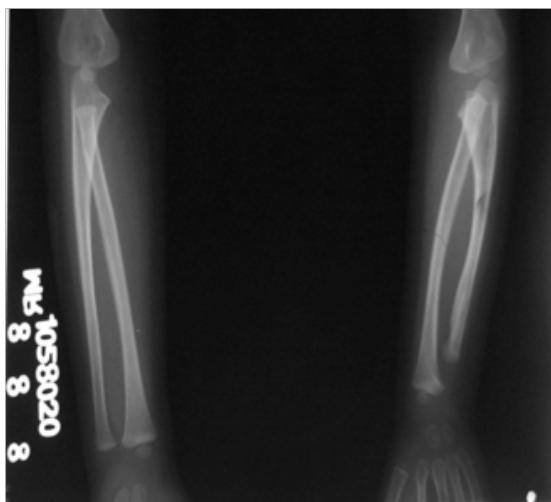


Figura 3: MRI Donde se dilucida luxación de la cabeza radial

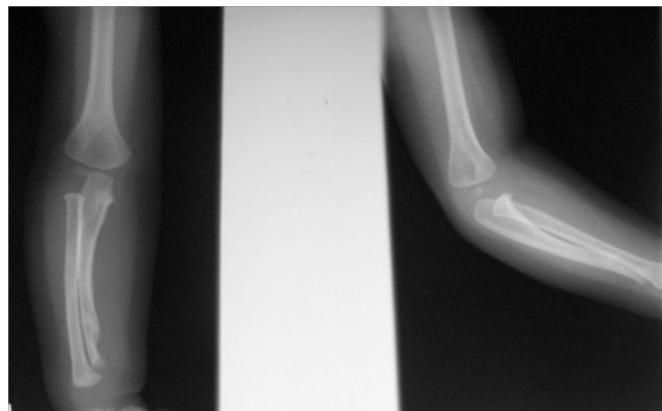


Figura 4: Radiografía que demuestra alargamiento logrado en el cubito, y como se va logrando “darle domicilio” a una cabeza radial luxada. Según reporta Lincoln et al.



Figura 5: Radiografía que demuestra lo difícil de mantener una cabeza radial congénitamente luxada por un solo alargamiento así pues se optó por la necesidad de colocar un fijador externo y se coloco injerto óseo

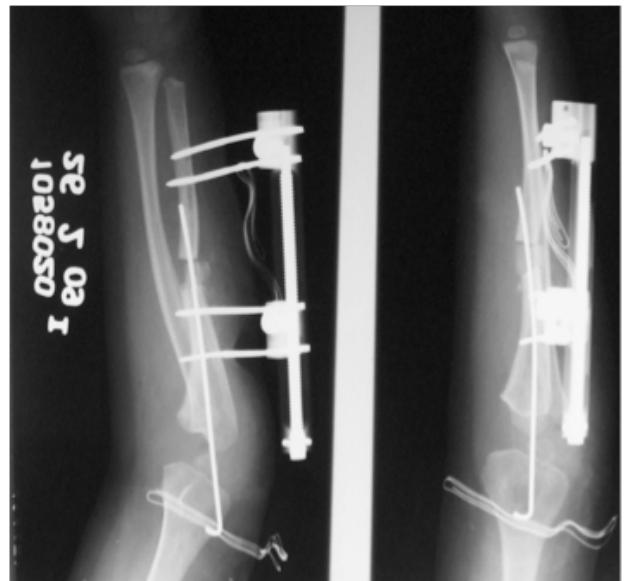


Figura 6:
Rayos X 6 meses posteriores
al procedimiento.

La paciente fue llevada a Sala de Operaciones del Hospital Nacional de Niños, y se logró evidenciar la luxación evidente de la cabeza del radio, la disrupción radio ulnar distal, y el varo del cubito el plan inicial era el de el alargamiento ulnar, sin embargo en el transoperatorio no se logró mantener el eje tan solo con el tutor externo tipo Pennig de Orthofix™, sino que tuvimos la necesidad de colocar un clavo de Kirschner para mantener un eje longitudinal del cubito adecuado y además de colocar injerto óseo de cresta ilíaca, una vez colocado el injerto y fijado con el clavo y mantenido la distancia donde se ubicó el injerto por medio del tutor (ver figura 5), entonces nos dimos cuenta de la reducción de la cabeza radial al realizar dicho procedimiento, era imposible de forma “in situ”. La cabeza radial aun permanecía luxada, no obstante hicimos el intento de la reducción de la misma en el quirófano lo cual se hizo imposible, debido a una cabeza que ya tenía “per se” la ubicación de no articular es decir de no estar domiciliada dentro de la articulación propiamente, una vez que se consolidó el foco del injerto de hueso, ya que según bibliografía mundial previa (ver figura 4), aunque hay poco publicado logramos deducir que una vez que se logre alargar el cubito, la cabeza radial iba a “tender” domiciliarse hacia la

articulación. Además de lograrse una mejoría de la longitud cubital, sin embargo hay una tendencia a consolidar en varo del mismo cubito (Ver Figura 6). Clínicamente la paciente continua con buenos arcos de movilidad flexiona el codo a 135° y extensión a 0°, prona 90° y supina 90°, a como fue previo a la cirugía, y adecuada evolución de sus heridas quirúrgicas. Y finalmente en el proceso de consolidación logró evidenciarse la tendencia de la cabeza radial a buscar su domicilio radio-capitelar.

COMPLICACIONES

1. Curvatura lateral del cubito alargado.
2. Fractura luego del proceso de alargamiento por evento traumático que presentó el paciente a los 7 meses, esto a pesar de que logramos rayos X donde se demuestra consolidación del foco (ver figura 6).

RESUMEN

A pesar de que existen pocos casos reportados en la literatura mundial pudimos evidenciar que el caso presentado se comportó de manera semejante a los resultados de otras latitudes. No existe soporte bibliográfico suficiente para lidiar con patología de este tipo en específico, pero los

hallazgos que se han reportado nos ayudan a predecir el tipo de resultado a obtener en este caso. Cualquiera de los tipos de alargamiento realizado al cubito, sea por medio paulatino por medio de fijación externa, o por medio de colocación de injertos para ayudar al cubito a ganar distancia, ambos son efectivos para lograr una mejoría en la situación de la cabeza radial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jouve J.L., Kohler R., Et al. Focal Fibrocartilagenous Dysplasia (“Fibrous Periosteal Inclusion”). Additional Series of Eleven cases and literature review. Journal of Pediatric Orthopaedics 2007; 27: 75-84.
2. Kazuki K., Hiwoshima K., Kawahara K. Ulnar focal Cortical Indentation. A Previously unrecognized form of ulnar dysplasia. JBJS Br. 2005. 87. B. 540-3.
3. Lincoln T.L., Birch J.L. Focal Fibrocartilagenous Dysplasia in the Upper Extremity. JBJS Am. Vol 17(4). Jul-Aug. 1997, 528-32.

NOTA: No ponemos una bibliografía extensa por haber pocos casos reportados en la literatura mundial.