

## PRESENTACION DE ENFERMOS, RADIOGRAFIAS E INSTRUMENTOS

# Osteogénesis imperfecta: tratamiento de la deformidad femoral mediante osteotomías múltiples y enclavado endomedular

Dres. OSCAR VARAONA, RICARDO CALDERON, LUIS CASTELLETTI y SERGIO PATARO\*

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino, de ocho años de edad (K.J., H.Cl. 415006), portadora de incurvación femoral bilateral como consecuencia de fracturas múltiples ante traumas mínimos por osteogénesis imperfecta.

Se planea corregir la deformidad del fémur derecho mediante osteotomías múltiples según la técnica descrita por Sofield en 1959<sup>2</sup>, y fijarlas mediante la colocación de un clavo endomedular telescópico de Bailey-Dubow<sup>1</sup>.

La intervención se lleva a cabo en julio de 1990. Mediante abordaje lateral se realizan cuatro osteotomías subperiósticas del fémur, dejando tres fragmentos diafisarios para poder movilizarlos hasta conseguir la realineación, de acuerdo con los calcos preoperatorios (ver Figs. 1, 2 y 3).

Se comprueba intraoperatoriamente que el diámetro anteroposterior del conducto medular no deja pasar el clavo telescópico, por lo que se opta por realinear los fragmentos y fijarlos con un clavo de Steinmann intramedular.

Se confecciona un yeso pelvipédico y se controla radiográficamente y con cen-

telografía ósea (Fig. 4); con respecto a esta última, se utiliza una cámara gamma por emisión de positrones simples Toshiba Digital G.C.A. 90 B.

Este equipo cuenta con la posibilidad de realizar estudios tomográficos en 360 gra-

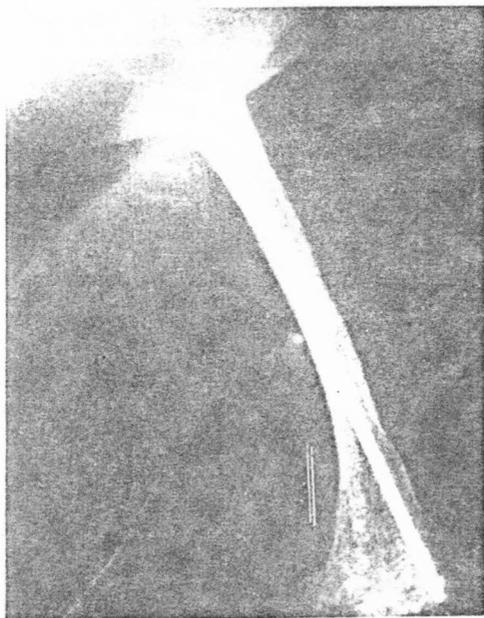


Fig. 1. Fotografía correspondiente a radiografía preoperatoria mostrando angulación de diáfisis, subsiguiente a múltiples fracturas previas.

\* Servicios de Ortopedia y Traumatología y Medicina Nuclear, Hospital Interzonal de Agudos "Eva Perón" (ex "Prof. Dr. Mariano R. Castex"), Balcarce 900, San Martín, Provincia de Buenos Aires.

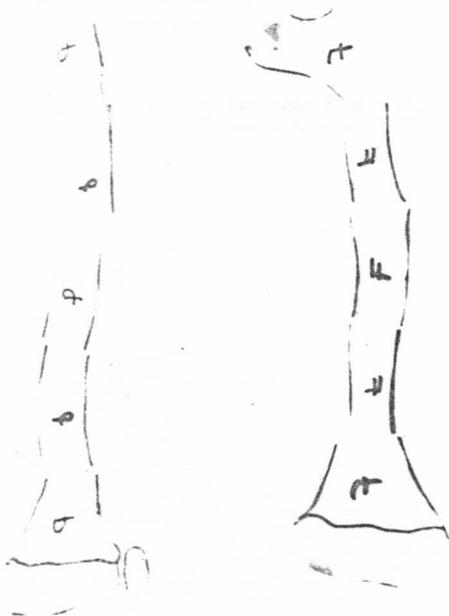


Fig. 2



Fig. 3

Figs. 2 y 3. Fotografías correspondientes a los calcos preoperatorios (frente y perfil).



dos y reconstrucción de imágenes en tres dimensiones para su posterior análisis. Se utiliza Tc 99 como trazador, pirofosfato de sodio 100 mg y cloruro estañoso dihidrato 2 mg; la actividad fue de 20 Millicuries y a las dos horas se realizó un rastreo de cuerpo entero (anterior y posterior) con preferencia de localización sobre el área quirúrgica.

El control clínico y radiográfico al año de la intervención nos muestra el miembro alineado clínicamente, y consolidación radiográfica (Fig. 5).

Se hace énfasis en la detección precoz de la consolidación de las osteotomías al obtener con la captación de Tc 99 una

Fig. 4. Fotografía de centellografía ósea con Tc 99, demostrando continuidad ósea en la diáfisis femoral. Demuestra precocidad con respecto a la imagen de consolidación radiológica.

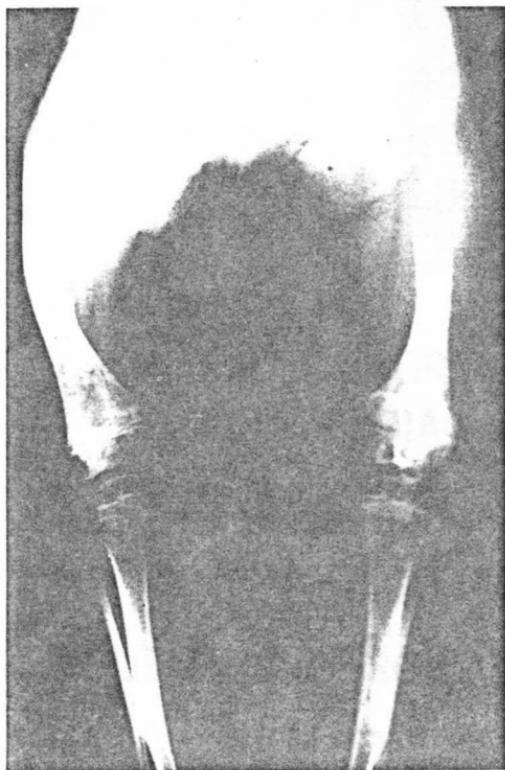


Fig. 5. Fotografía correspondiente a radiografía postoperatoria demostrando consolidación ósea.

imagen única de diáfisis femoral y ambas metafisis.

Se considera asimismo útil la tomografía computada para la detección del diámetro del canal medular en los distintos planos del espacio, con el propósito de lograr la correcta elección del medio de fijación intramedular.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Bailey RW, Dubow HI: Experimental and clinical studies of longitudinal bone growth. Utilizing a new method of internal fixation crossing the epiphyseal plate. *In: Proceedings of The American Orthopaedic Association.* JBJS 47-A: 1669, 1965.
2. Sofield H, Millar E: Fragmentation, realignment, and intramedullary rod fixation of deformities of the long bones in children. *JBJS* 41-A (8), 1959.