

MANEJO DE FRACTURA PATOLÓGICA EN FALANGE PROXIMAL ASOCIADA A ENCONDROMA REALIZANDO RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO DE CRESTA ILIACA Y OSTEOSÍNTESIS CON MINI PLACA Y TORNILLOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Lauro González Moreira; Hernán Fiminela; Mariano Riva; Marcos Ratto; Laura Bustos; Javier Farfán; Walter Bermúdez; Marco Asturizaga; Juan Meléndez; José Villamizar.

OBJETIVO:

Mostrar la resolución quirúrgica con injerto óseo y osteosíntesis de una fractura patológica en F1 traumática con hallazgo de un encondroma en el sitio de fractura.

HIPOTESIS:

"Las fracturas por encondroma en las falanges pueden ser tratadas mediante injerto óseo para relleno del defecto y estabilización con osteosíntesis".

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente masculino de 55 años acudió al hospital después de un traumatismo en el quinto dedo de la mano derecha. Al examen físico se evidencia equimosis en zona palmar y lateral de mano derecha, acompañado de dolor y limitación funcional en quinto dedo. Las radiografías y otras pruebas de imagen revelaron un encondroma en la falange proximal del quinto dedo. El tumor había causado una fractura en el hueso. El paciente se sometió a una cirugía para extirpar el encondroma y reparar la fractura. Se utilizó un injerto de hueso de la cresta ilíaca para llenar el defecto óseo creado por la extirpación del tumor. La fractura se fijó con una placa y tornillos de mini fragmentos, se verifica su correcto posicionamiento, se confirma la alineación bajo efecto tenodesis y se procede a la reparación del aparato extensor.



FIG 1. Vista dorsal mano derecha.



FIG 2. Rx. AP de mano derecha, se evidencia imagen lítica.



FIG 3. Rx. Oblicua de mano derecha, se evidencia imagen lítica.



FIG 4. Rx. Oblicua de mano derecha, se evidencia imagen lítica.

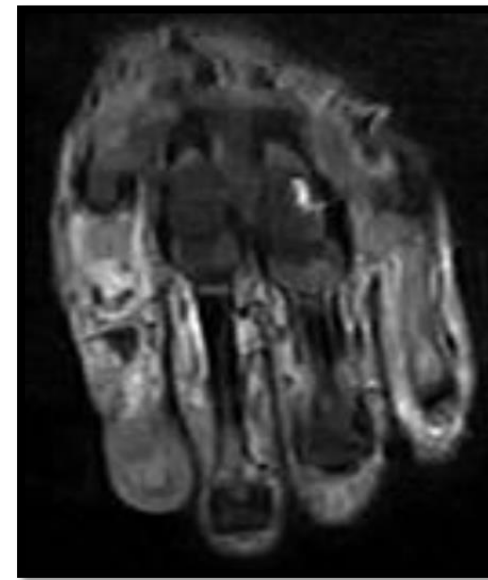


FIG 5. R. RMN Stir mano derecha, zona hiperintensa en falange proximal 5to dedo.



FIG 6. RMN Stir mano derecha, zona hiperintensa en falange proximal 5to dedo.

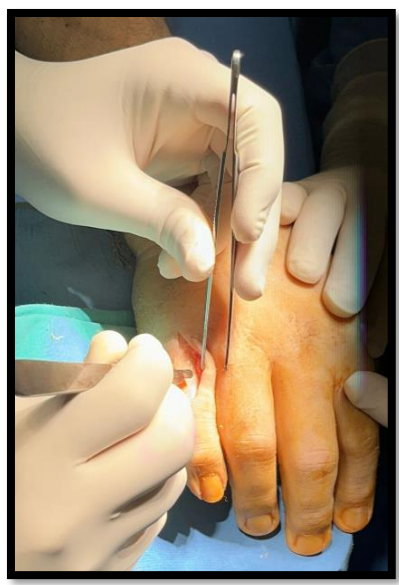


FIG 7. Abordaje dorsal en falange proximal, mano derecha.



FIG 8. Apertura del aparato extensor en falange proximal.

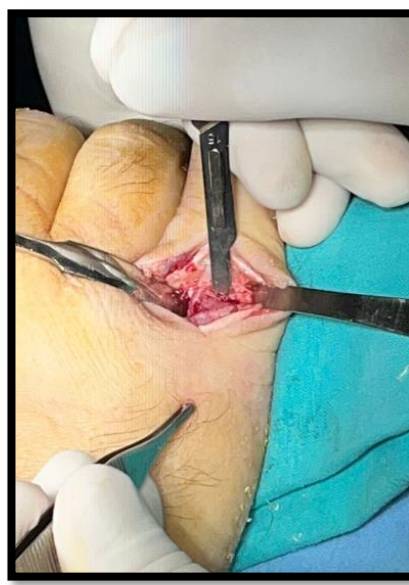


FIG 9. Osteotomía en falange proximal.



FIG 10. Resección de material caseoso (encondroma).



FIG 11. Uso de injerto óseo y fijación con placa de mini fragmento + tornillos.



FIG 12. Rx AP mano derecha intraquirófano, se evidencia posicionamiento placa de mini fragmento + tornillos.

RESULTADOS:

Posterior a la intervención quirúrgica se realizó el seguimiento de forma semanal de la herida. El paciente se recuperó bien de la cirugía y pudo comenzar la rehabilitación de inmediato. A partir de la 4ta semanas, el paciente tenía un rango de movimiento superior a 30 grados en el dedo y no sentía dolor.

PUNTOS RELEVANTES

El encondroma es un tumor benigno de hueso que se forma a partir del cartílago. Es el segundo tumor óseo benigno más común, que afecta principalmente a las manos y pies. Por lo general, no causa síntomas, razón por la cual, su hallazgo es incidental, frecuentemente asociado a un traumatismo o hasta que aumenta de tamaño lo suficiente como para ejercer presión en tejidos circundantes causando dolor. El tratamiento suele consistir en curetaje y resección quirúrgica del tumor.

Los encondromas son tumores benignos, en la mayoría de los casos, son encondromas solitarios y se encuentran con mayor frecuencia, aproximadamente el 50% en la falange proximal y menos comúnmente en la falange distal, generalmente se pueden tratar con éxito con cirugía. El uso de una placa y tornillos de mini fragmentos para fijar una fractura causada por un encondroma, el cual tuvo un defecto óseo importante, puede permitir una recuperación más rápida y una mejor función.

Los encondromas son tumores benignos de origen cartilaginoso y representan aproximadamente entre el 10% al 15% de los tumores óseos benignos, que se pueden tratar de manera exitosa con cirugía. El uso de una placa y tornillos de mini fragmentos para fijar una fractura causada por un encondroma puede ser una opción de tratamiento eficaz, que le va a permitir al paciente una pronta recuperación.



FIG 13. Rx PA mano derecha, 4 semanas postquirúrgico.



FIG 14. Rx oblicua mano derecha, 4 semanas postquirúrgico.



FIG 15. 8va semana postquirúrgico.