

TIBIA CURVA Y SEUDOARTROSIS DE TIBIA CONGENITAS

Prof. Dr. EUGENIO DIAZ BORDEU
Centro de Rehabilitación del S. N. S. Santiago.

Dr. MARIO CALVO APELGREEN

Clinica de Cirugía y Ortopedia Infantil del Prof. A. Johow. Hospital Roberto del Río. Santiago.

Se trata de una displasia segmentaria que compromete el esqueleto de la pierna, en la unión del tercio medio con el inferior. Se acompaña con desviaciones del pie que son consecutivas a la primitiva pérdida del eje de la extremidad. Es una lesión unilateral.

Al nacer, se presenta en cualquiera de sus dos formas:

Tibia curva: Incurvación de la tibia y peroné hacia adelante o atrás, en el sitio mencionado. (Fig. 1).

Seudoartrosis congénita de la tibia: En tal caso, la incurvación es una verdadera angulación, a la cual se agrega la movilidad anormal del foco.

Lo habitual es que el sujeto nazca con la primera condición descrita. Ha sido también observado entre nuestros enfermos.

No es una afección frecuente y su patogenia ha sido explicada ya sea por traumatismos de parto, afecciones del amnios o por la insuficiente irrigación sanguínea local.

En los últimos tiempos se las considera como una unidad patológica y se las relaciona con la forma frustra pigmentaria de la Neurofibromatosis de Von Recklinhausen.

La sintomatología que aparece en el momento de nacer, es unilateral y es fundamentalmente la incurvación, a la que se pueden unir los síntomas de una pseudoartrosis. La desviación del eje, la atrofia muscular y ósea y las alteraciones funcionales van aumentando con el crecimiento y son mayores en la forma de pseudoartrosis. (Fig. 2). Pueden existir cicatrices adherentes en el vértice de la angulación.

Es frecuente constatar en estos enfermos, las clásicas manchas de la piel, de la Neurofibromatosis. (Fig. 3). Ellas estaban en 5 casos de los nuestros.

Durante los primeros años, un traumatismo mínimo o espontáneamente, o como consecuencias de una osteotomía u osteoclasia correctoras, una tibia curva se

transforma en una pseudoartrosis rebelde. (A).

El examen radiográfico muestra, aparte de la desviación del eje de ambos huesos, un espesamiento de la cortical del lado cóncavo en la curvatura, pudiendo aparecer obliterado el canal medular a ese nivel. (Fig. 4).

Cuando hay pseudoartrosis hay interrupción de la continuidad ósea en el punto referido, de tal modo que los fragmentos forman un ángulo más o menos agudo. Ellos aparecen aguzados y condensados, tanto la tibia como el peroné.

El diagnóstico diferencial no ofrece dificultades si se considera su época de aparición, su unilateralidad y las características clínicas mencionadas. Ellas la distinguen claramente del raquitismo que se acompaña de otros síntomas típicos. En la ausencia congénita del peroné, hay habitualmente curva tibial y desviación del pie en valgo; sucediendo lo contrario en la ausencia congénita de la tibia, pero en ambos casos, la palpación es demás capaz de orientarnos sobre la causa de la deformación. (Fig. 5). La exploración radiográfica realizada, de todos modos, disipará cualquier duda.

La histología local, muestra que mientras en la tibia curva, no hay alteración en los tejidos, en la pseudoartrosis la unión de los fragmentos se hace por tejido fibroso más o menos laxo (Fig. 6), que hay una descalcificación de los cabos óseos con lesiones similares a la osteitis fibrosa.

La evolución espontánea de estos casos y los resultados de los tratamientos, son generalmente poco favorables, ya que la tendencia a formar pseudoartrosis en las incurvaciones simples es frecuente en los niños más grandes. Las pseudoartrosis se reproducen fácilmente, sin relación con el tipo de tratamiento empleado.

El crecimiento del sujeto y los fracasos operatorios, ensombrecen aún más el pronóstico, pues al aumento de la angulación y por lo tanto del acortamiento, se agrega



Fig. Nº 1. Tibia curva.

el peso corporal, las tensiones y acortamientos de los tendones, especialmente del Aquiles, la falta del material óseo por las resecciones, la fibrosis cicatricial local de todos los planos. Todo ello contribuye a hacer extraordinariamente difícil las reoperaciones en estos enfermos.

Las técnicas de corrección que se usan pueden resumirse así: En caso de tibias curvas, lo más simple es la osteotomía lineal en el foco de la curva, en la tibia y peroné, con enderezamiento del eje, seguido de una inmovilización en bota larga de yeso, hasta que la radiografía mues-

tre una consolidación. Ella puede verse a veces a los 40 días, son los casos más afortunados.

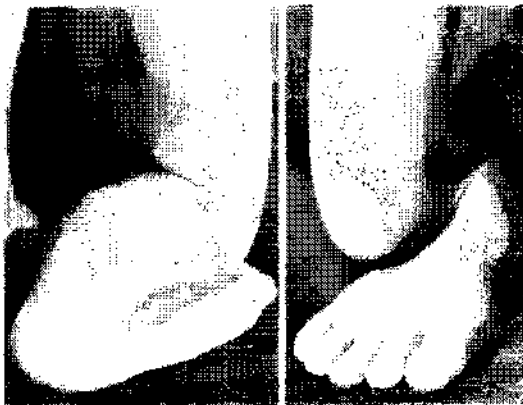


Fig. Nº 2. Seudoartrosis congénita de la tibia. El defecto puede ser muy marcado.



Fig. Nº 3. Las manchas cutáneas de la Neurofibromatosis.

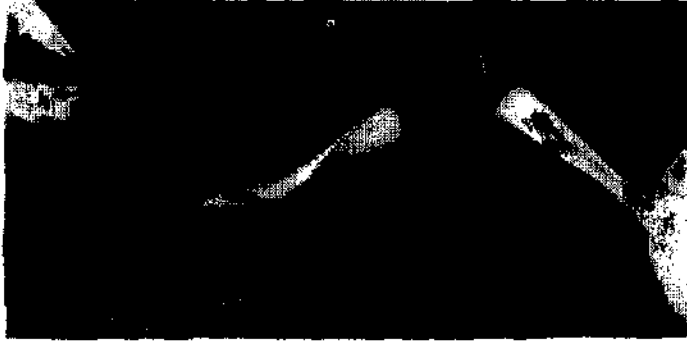


Fig. Nº 4. El canal medular aparece casi obstruido.

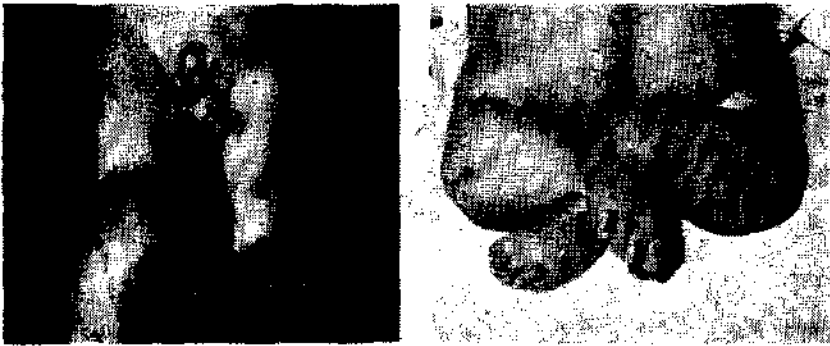


Fig. Nº 5. a) Ausencia congénita del peroné. b) Ausencia congénita de la tibia.



Fig. Nº 6. Anatomía Patológica. Los casos óseos quedan unidos por tejido fibroso laxo.

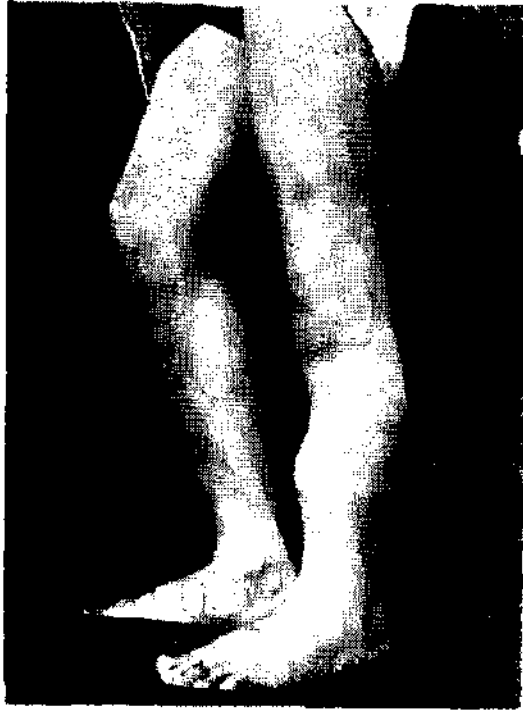


Fig. N^o 7. La curva puede ser enderezada por procedimientos quirúrgicos con resultado satisfactorio.

Al tratarse de pseudoartrosis, se han empleado injertos óseos de varios tipos, procedencias, formas o tamaños; aislados o combinados con placas metálicas o clavos endomedulares. Los resultados no son terminantes con ninguno de los procedimientos descritos,

Presentamos 12 casos de estos defectos. En el cuadro anexo, pueden verse las características clínicas, tratamientos empleados y resultados obtenidos (Cuadro N^o 1).

COMENTARIO

a) Es notoria la asociación de este defecto en cualquiera de sus estados, con las manchas cutáneas de café con leche, de la Neurofibromatosis de Von Recklinhausen.

b) 5 de nuestros casos tenían el defecto al nacer, constituido por una curvatura simple en la pierna, que en los niños de algunos meses pudo ser corregida por osteotomía simple, con excelentes resultados.

c) Que parece haber una época, no bien precisa, en que estas posibilidades se pierden y la osteotomía cicatriza difícilmente o no lo hace.

d) En los niños más grandes, la técnica usada por nosotros, que comprende la reparación del eje tibial por extensión continua, con o sin tenotomías agregadas; la resección amplia del foco óseo con colocación de homoinjerto, seguida de una inmovilización bastante prolongada, se mostró efectiva en 6 casos del total de 11 operados por la mencionada técnica (Fig. 7), cuyos resultados se controlaron.

e) Existe un número de enfermos, con lesiones absolutamente rebeldes a los tratamientos habituales, que deben ser tenidos en cuenta al establecer un pronóstico. Observamos 5 casos.

CUADRO Nº 1
SEUDOARTROSIS Y TIBIA CURVA CONGENITAS

Nº	Nombre	Sexo	Edad	Diagnóstico	Tipo Curva	Estado Peroné	Manchas	Tratamiento Usado	Resultado	Reproducido	Tiempo de Observación
1	C. E. P.	F	4 a.	Seudoartrosis	(-)	Seudoartrosis	(-)	Resección foco	(-)	Fallece	(-)
2	C. A. S.	M	6 a.	T. Curva Fract.	(-)	(-)	(-)	Osteosíntesis	(+)	SI	1 año
3	C. R. D.	F	3 d.	T. Curva Fract.	(-)	(-)	(-)	Injerto osteoper.	(+)	NO	18 años
4	M. S.	M	8 a.	Tibia Curva	Vértice Anter.	Curvo	SI	7 operaciones	(-)	Amputado	No volvió
5	A. O.	F	4 a.	T. C. Osteoc.	Vértice Anter.	Curvo	NO	Ninguno	(+)	NO	8 meses
6	A. V.	F	3 a.	T. C. Fractur.	Vértice Anter.	Curvo	SI	Osteot. Tracción	(+)	?	NO volvió
7	M. E. C.	F	13 d.	Tibia Curva	Vértice Poster.	Curvo	(-)	Ninguno	(-)	NO	6 meses
8	M. E. C.	F	7 a.	Tibia Curva	Vértice Anter.	Curvo	(-)	Osteot. Tracción	(-)	?	NO volvió
9	M. S. M.	F	7 a.	Tibia Curva	Vértice Anter.	Curvo	SI	Osteotomía y Yeso	(-)	?	NO volvió
10	C. D. M.	F	8 a.	Seudoartrosis	Vértice Anter.	Seudoartrosis	(-)	Perforaciones Yeso	(+)	NO	8 años
11	R. R. A.	F	14 a.	Tibia Curva	Vértice Poster.	Curvo	(-)	Resección Bone ships	(-)	NO	6 años
12	A. R. C.	M	2 a.	T. C. Traumat.	Vértice Antinter.	Seudoartrosis	(-)	Osteotomía Cuneliff. Tracción Resección e injerto Bone ships	(-)	SI	1,5 años

RESUMEN

Los autores presentan 12 casos de displasias segmentarias refiriéndose en especial a la tibia curva y seudoartrosis congénita de la tibia.

Al describir su sintomatología mencionan el carácter unilateral, con incurvación de la tibia hacia adelante o atrás; en el caso de la seudoartrosis existe una verdadera angulación de la tibia con movilidad anormal del foco. En cuanto a su patogenia expresan que últimamente se les considera como una unidad patológica relacionada con la forma frustra pigmentaria de la Neurofibromatosis de von Recklinghausen.

Los resultados del tratamiento son generalmente poco favorables por la frecuencia a formar seudoartrosis en los niños mayores. Dan a conocer las técnicas usadas para la corrección de la tibia curva: osteotomía lineal seguida de inmovilización. Para las seudoartrosis han usado injertos óseos de diversos tipos, combinados a veces con placas metálicas o clavos endomedulares.

SUMMARY

The author present 12 cases of segmental dysplasia, bowing of the tibia and congenital pseudoarthrosis of the tibia.

On describing the symptoms, the author assert the unilateral type of the lesion, with bowing of the tibia anteriorly or posteriorly; in pseudoarthrosis, there is a true angulation of the tibia with abnormal mobility. As to the pathogenesis, he states that recently they are considered as a pathologic entity related to a frustrate pigmentary form of von Recklinghausen's disease.

The results of therapy are not too satisfactory due to the tendency to form pseudoarthrosis in older children. Lineal osteotomy and immobilization used for correction in bowing of the tibia are described. Bone grafts of various types have been used in the treatment of pseudoarthrosis; sometimes aided by the use of metal plates or intramedullary nail.