

# Osteomielitis aguda de MTC tras fijación con agujas, raro pero cierto.

## AUTORES

Carlos Sanz García MIR Hospital Universitario de Navarra  
Claudia Rodríguez Larraz FEA Hospital Universitario de Navarra  
Gabriel González de los Mártires MIR Hospital Universitario de Navarra  
Rubén Inglán Montes MIR Hospital Universitario de Navarra  
Francisco Javier Margallo Remón MIR Hospital Universitario de Navarra

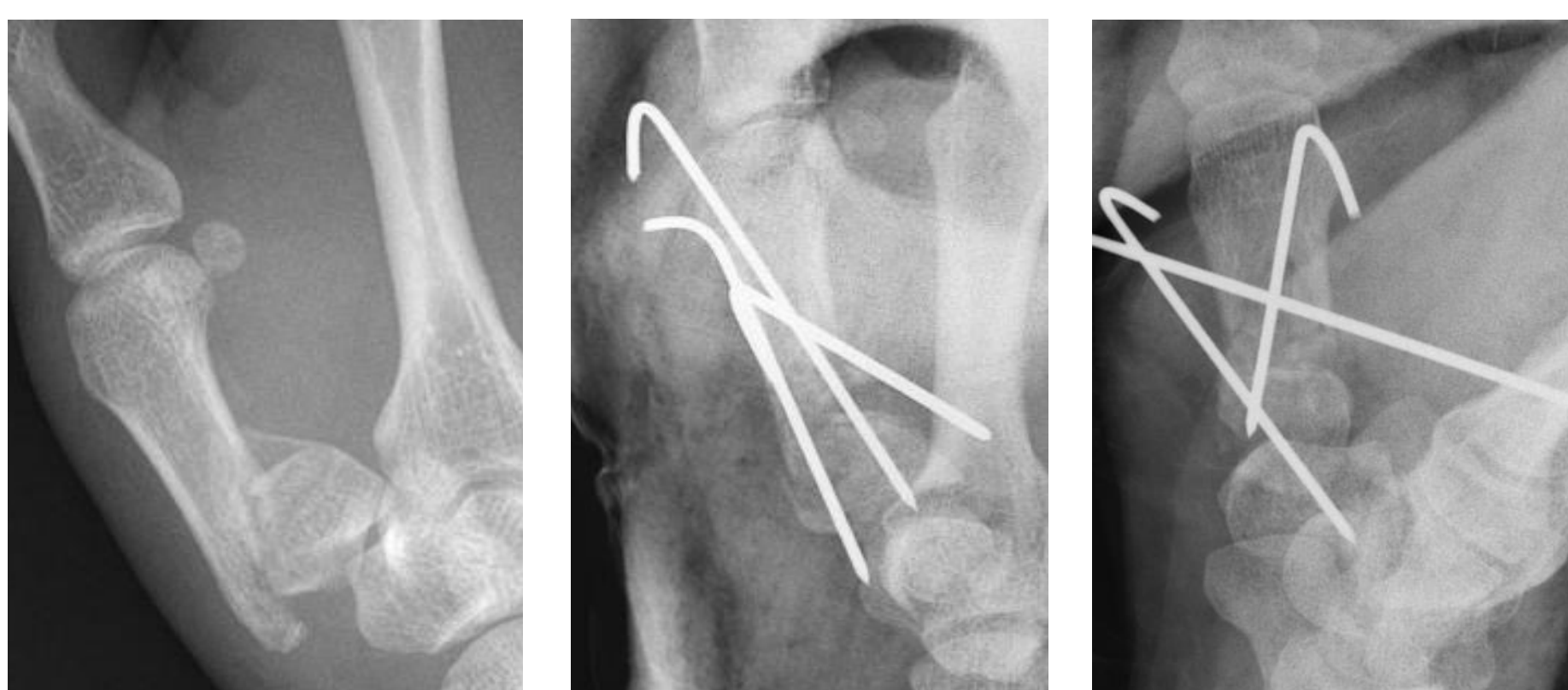


## OBJETIVOS

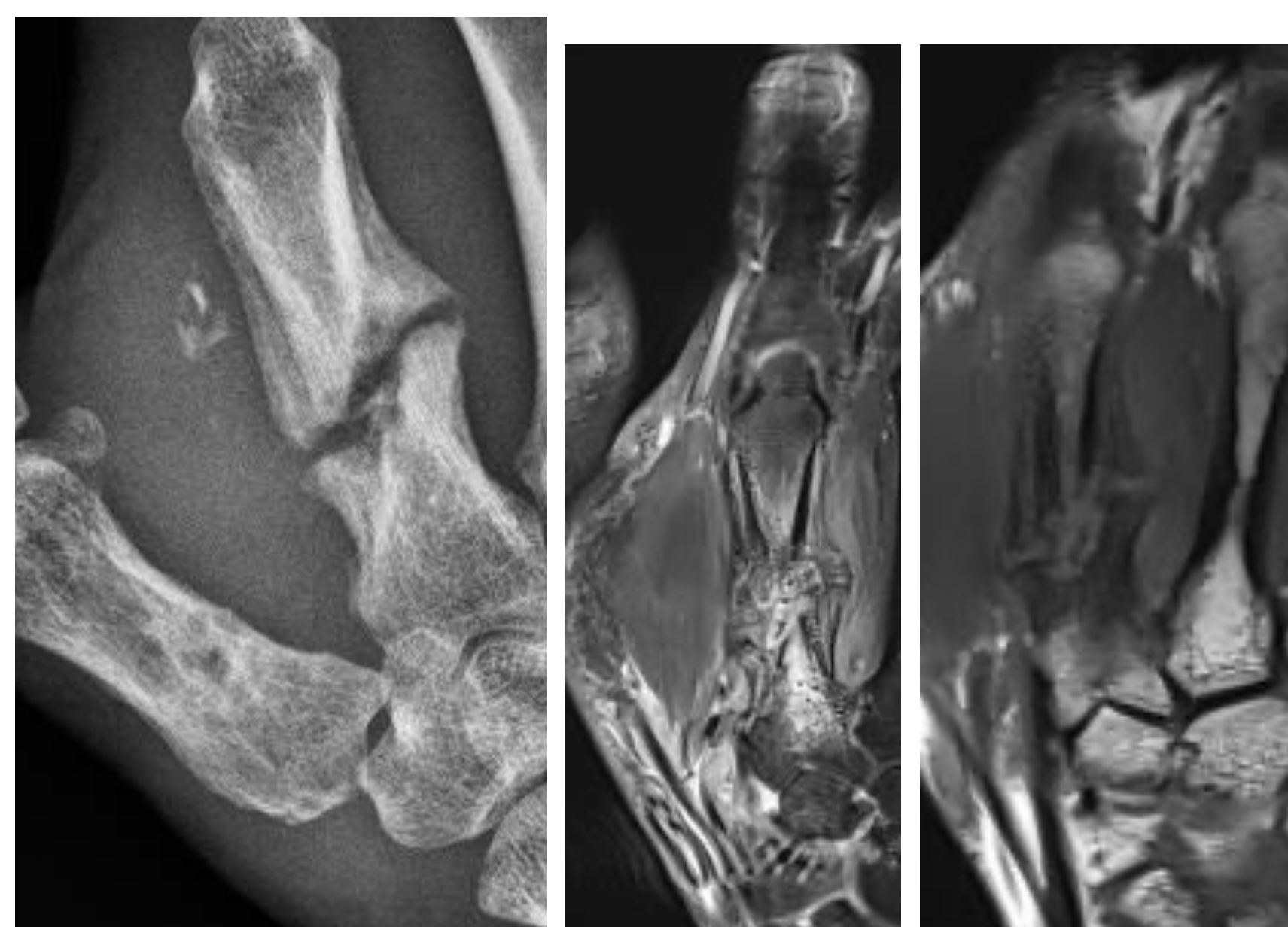
Presentar el caso de una complicación rara en el manejo de fracturas de Bennet tratada de forma percutánea con KW. El desarrollo y el manejo posterior de osteomielitis de 2º MTC en el lugar de fijación de las agujas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

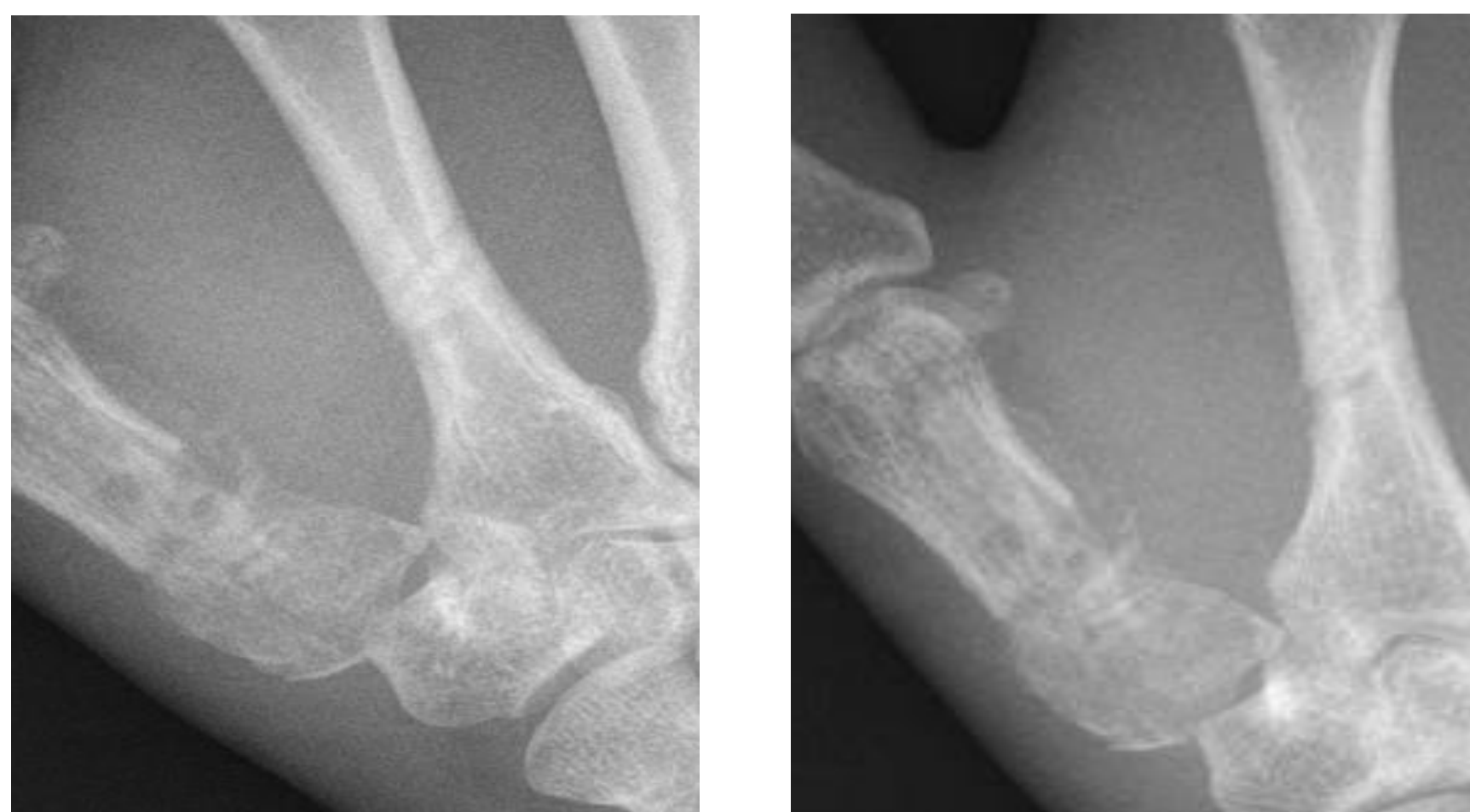
Varón, 39 años que acude a Urgencias presentando fractura de Bennet de la mano derecha. No alergias, no fumador, no diabético y sin antecedentes. Diestro y pintor. Se le plantea cirugía de urgencia mediante reducción y fijación con 3 KW. El postoperatorio transcurre sin problemas hasta que el paciente acude 3-4 semanas después por dolor e inflamación asociando analítica compatible con infección. En un primer momento se maneja como una infección postoperatoria precoz y se trata con antibioterapia empírica con Amoxicilina/Clavulánico, con ECO negativa para colecciones o abscesos y retirada de KW por aflojamiento.



Rx Urgencias → RX control postoperatorio



Fractura patológica por probable osteomielitis de 2º MTC → RM de la mano confirmando signos de osteomielitis



RX 6 semanas postoperatorio



1º tiempo técnica de Masquelet  
Fijación externa + cemento con antibiótico



2º tiempo técnica de Masquelet  
Osteosíntesis definitiva con placa y autoinjerto

## RESULTADOS

Pasados dos meses presenta dolor en base de 2º MTC, palpación de tumoración sin signos de infección, diagnosticándose de fractura patológica sobre probable osteomielitis de 2º MTC mediante RX, confirmandose con RM. Se plantea cirugía para la toma de muestras, resección del segmento óseo enfermo y reconstrucción en 2 tiempos mediante técnica de Masquelet. En el primer tiempo se realiza desbridamiento, resección intercalar del segmento enfermo y relleno con cemento impregnado en antibiótico (Vancomicina-Gentamicina), estabilizando de forma temporal con fijador externo mini Penning. En el segundo tiempo, se retira el cemento y se reconstruye el defecto óseo mediante autoinjerto de cresta ilíaca ipsilateral y osteosíntesis con placa y tornillos (sistema Compact Hand). Los dos tiempos transcurren sin incidencias y el paciente recupera la funcionalidad de la mano. En los cultivos de las muestras intraoperatorias del 1º tiempo crece *S. Aureus* resistente y se plantea tratamiento antibiótico con Clindamicina iv y Linezolid iv los primeros días, pasando a Levofloxacino oral.

## CONCLUSIONES

La osteomielitis secundaria a la osteosíntesis con KW es una entidad muy poco frecuente pero posible. Es necesario tener un alto nivel de sospecha y realizar pruebas complementarias así como la toma de muestras para un correcto tratamiento. El tratamiento es combinado mediante la resección del segmento infectado con reconstrucción posterior asociando antibióticos dirigidos según el cultivo y antibiograma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hsu LP, Schwartz EG, Kalainov DM, Chen F, Makowiec RL. Complications of K-wire fixation in procedures involving the hand and wrist. J Hand Surg Am. 2011 Apr;36(4):610-6.
2. Lutsky KF, Edelman D, Leinberry C, Takei TR, Kwok M, Gallant G, Beredjiklian P. A Prospective Evaluation of Complications after Use of Exposed Pins in the Hand and Wrist. Plast Reconstr Surg. 2019 Sep;144(3):659-664.
3. Ridley TJ, Freking W, Erickson LO, Ward CM. Incidence of Treatment for Infection of Buried Versus Exposed Kirschner Wires in Phalangeal, Metacarpal, and Distal Radial Fractures. J Hand Surg Am. 2017 Jul;42(7):525-531.