

Manejo de fractura abierta compleja tras traumatismo severo en miembro inferior



Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín



Autores: M. Uroz de la Iglesia, J. Mata Campos, M. Andújar Alemán, M. Santana Bañolas, J. Reyes Santana.

Objetivos: Las fracturas abiertas son lesiones complejas que afectan tanto al hueso como a las partes blandas circundantes. Los objetivos del tratamiento son prevenir infecciones, lograr la consolidación ósea y recuperar la funcionalidad completa.

Presentamos el caso de una paciente tratada inicialmente mediante cirugía de control de daños y posterior reconstrucción de partes blandas y osteosíntesis interna.

Material y métodos: Mujer de 38 años que acude a urgencias tras sufrir atropello con traumatismo severo en MII. Se objetiva herida de 6cm de diámetro con exposición ósea de tibia distal y tercer fragmento desplazado, con fractura bifocal de peroné asociada. En dorso del pie se observa defecto cutáneo de 7x3cm con exposición de trazo de fractura de 1º a 4º metatarsianos (MTT) y sección completa del extensor largo del hallux. Adecuada perfusión, sensibilidad no valorable y hallux caído.

Se realizó intervención quirúrgica de urgencia para limpieza, desbridamiento y colocación de fijador externo de tobillo y aguja intermetatarsiana de 1º a 2º MTT, y cierre parcial del defecto cutáneo, quedando un gap de 3cm de diámetro en dorso del pie y 4cm en tobillo.

Tras 3 semanas, fue reintervenida por cirugía plástica para relleno y cobertura del defecto tibial mediante colgajo fasciocutáneo de base distal de transposición e injerto mallado en dorso del pie.

Finalmente, 5 meses más tarde, tras realizar TC que objetivó defecto óseo de 4x3cm en cara anteromedial de metáfisis distal tibial y gammagrafía ósea sin signos de infección, se realizó osteosíntesis definitiva empleando injerto corticoesponjoso de cresta iliaca y placa medial de tibia de 9 orificios de bajo perfil.

Resultados: La paciente se encuentra actualmente sin dolor, balance articular del tobillo completo y deambulando sin ayudas. Conserva el hallux caído aunque rechaza intervención en 1º dedo.

Conclusiones: La reconstrucción de MMII severamente afectados representa elevados costes sanitarios y alto riesgo de complicaciones. Cuando existen zonas de defectos óseos, el aporte óseo precoz puede acelerar la consolidación tras una adecuada cobertura cutánea. En nuestro caso el resultado fue satisfactorio, con recuperación funcional correcta y sin complicaciones infecciosas añadidas.



Fig 1 y 2. Limpieza, desbridamiento y colocación de fijador externo con cierre parcial de defecto cutáneo.



Fig 3-4-5. Osteosíntesis definitiva empleando injerto corticoesponjoso de cresta iliaca y placa medial de tibia.



Fig 6. Resultado 6 meses post-operada.