

DOBLE COLGAJO LIBRE CON DISTRACCIÓN ÓSEA BIFOCAL EN UNA PSEUDOARTROSIS SÉPTICA DE TIBIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: López Martínez, JA; Martínez Ros, J; Salcedo Cánovas, C; García Contreras, JD; Fernández Pascual, CJ.

OBJETIVOS: manejo de una pseudoartrosis séptica de tibia tras una fractura abierta.

MATERIAL Y MÉTODO: recogida de información clínica del caso acontecido y revisión de la literatura.

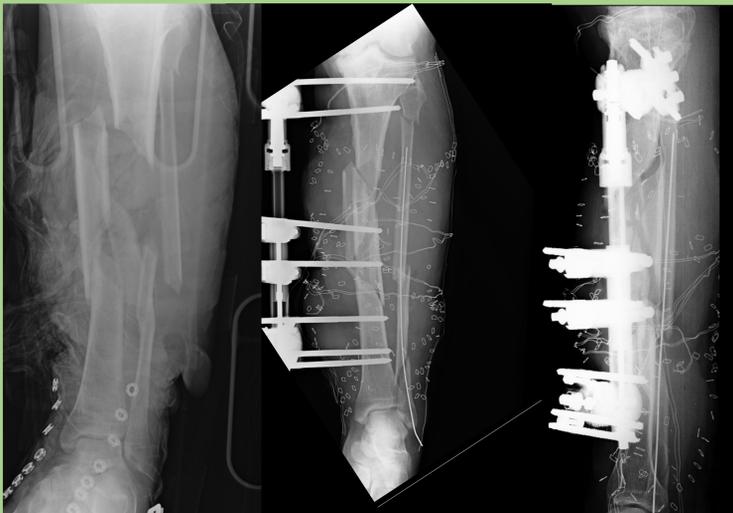


Fig. 1. Fractura a la izquierda. Fijación externa en urgencias.

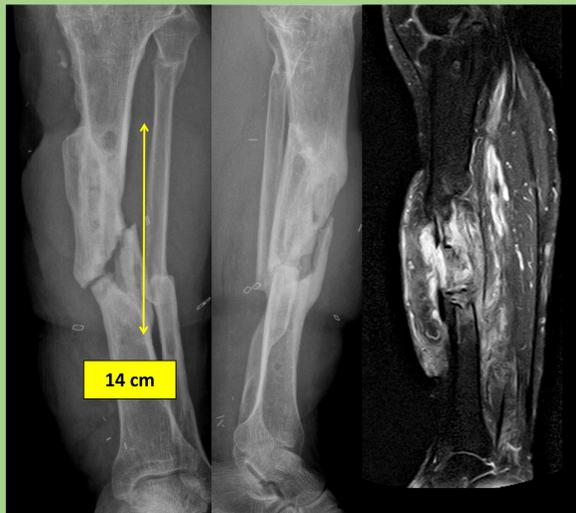


Fig. 2. Pseudoartrosis séptica. Imagen de RMN (dcha).

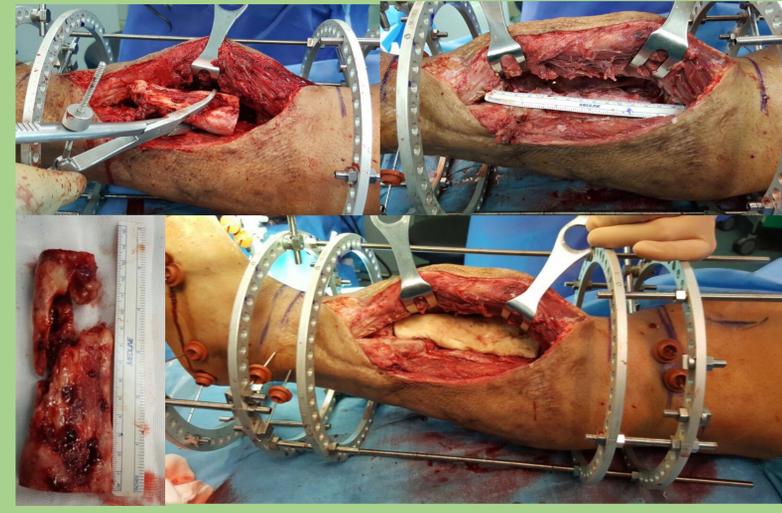


Fig. 3. Intraoperatoria: colocación de FEE circular + retirada ósea + colocación de cemento espaciador con ATB.

RESULTADOS:

Paciente de 35 años de edad, sin antecedentes de interés, que sufrió una fractura abierta de tibia grado IIIB de Gustilo tras un accidente de alta energía. En urgencias, se estabilizó al paciente, se administró profilaxis antibiótica, se realizó irrigación y desbridamiento pseudooncológico de tejido desvitalizado, estabilizando la fractura con sistema de fijación externa monoplanar asociando, como cobertura provisional, terapia de presión negativa por parte del equipo ortopédico.

Al quinto día de ingreso, se realizó nuevo desbridamiento pseudooncológico de partes blandas y revisión ósea, en la que se objetivó a este tejido como viable. Posteriormente, se llevó a cabo la cobertura del foco de fractura mediante un doble colgajo libre muscular de dorsal ancho y serrato, cubiertos con injertos libres de piel parcial mallados.

El paciente presentó buena evolución de cobertura de partes blandas y desapareció del seguimiento al volver a su país de origen durante 7 meses, momento en el que vuelve a consulta con una fístula activa y signos clínicos y radiológicos de no consolidación. Con el diagnóstico de pseudoartrosis séptica, se practicó resección segmentaria de foco de pseudoartrosis de 14 cm, espaciador con antibiótico (vancomicina y gentamicina), y se colocó un fijador externo circular preparado para reconstrucción ósea mediante transporte bifocal. A los 3 meses, tras conseguir haber curado el proceso infeccioso, se llevó a cabo la retirada de espaciador y se realizó una doble osteotomía para iniciar el transporte óseo a 1mm/24h. Tras finalizar el transporte, se revisó de punto de ataque, con aporte de autoinjerto de cresta ilíaca.

Finalmente, se retiró el fijador externo a los 18 meses desde el inicio del tratamiento, con un balance articular de rodilla y tobillo correcto, así como deambulación no asistida.

CONCLUSIONES:

El manejo de las fracturas abiertas y sus complicaciones infecciosas resultan un verdadero reto, precisando de equipos multidisciplinares con experiencia tanto en la cirugía de cobertura, como en la de reconstrucción ósea.

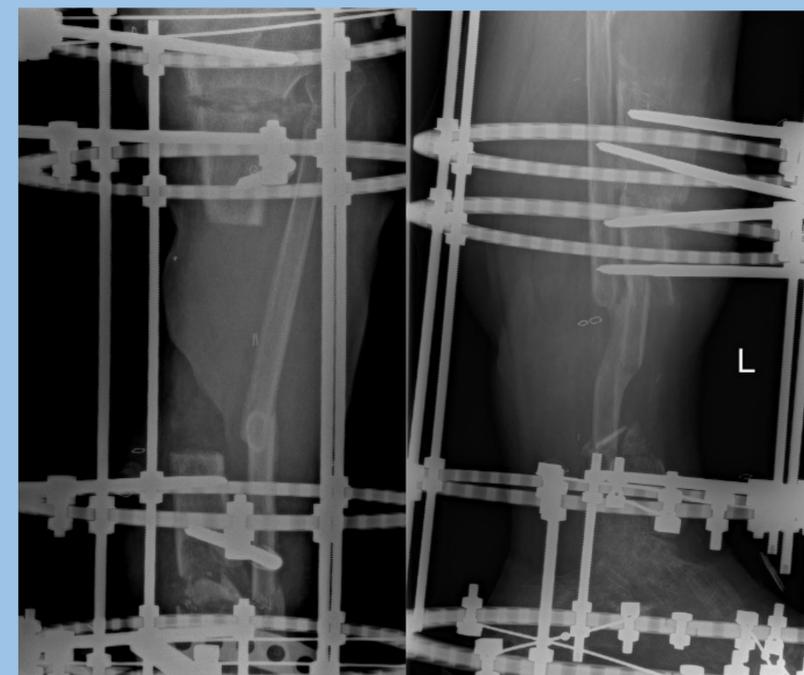


Fig. 4. Imagen inicial y final del transporte óseo bifocal.



Fig. 5. Resultado final a los 18 meses.