

FIJADOR EXTERNO CIRCULAR EN UN PACIENTE CON ARTRITIS SÉPTICA Y OSTEOMIELITIS CRÓNICAS DE TOBILLO

Palermo Buzón I, Camacho Jañez C, Rodríguez Miñón M
Hospital Universitario de Móstoles, Madrid

INTRODUCCIÓN

El éxito del tratamiento de una infección crónica de tobillo es un reto. El objetivo del tratamiento es la eliminación de la infección, así como el restablecimiento de la estabilidad y la capacidad de carga de la extremidad.

La artrodesis proporciona la estabilidad necesaria para la consolidación ósea. En la artritis séptica de tobillo, la fijación externa sigue considerándose el estándar de oro. El objetivo principal es evitar los implantes en el hueso infectado, porque se supone que son un factor de riesgo de infección persistente o recurrente. Una ventaja adicional de la fijación externa es que ofrece protección tisular, dada una situación ya comprometida. Unas de las complicaciones frecuentes de la artrodesis externa es la no unión.

OBJETIVO

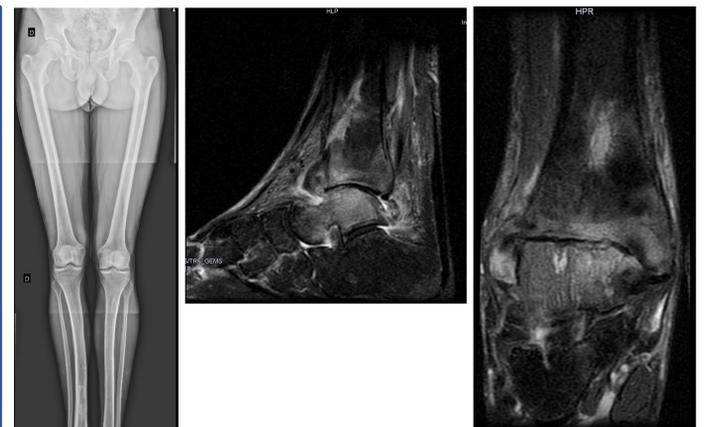
Mostrar el resultado de una artritis séptica crónica de tobillo tratada mediante resección y desbridamiento + fijador externo circular con corticotomía proximal para transporte óseo + artrodesis de tobillo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 34 años con antecedente de fractura abierta de tibia distal derecha en 1996. En 2015 comienza con episodios de infecciones repetidas.

A la exploración clínica observamos una fístula en maléolo interno de tibia. En la radiografía simple vemos la fractura consolidada, varo de tibia, subluxación tibiotalar y destrucción articular.

La resonancia magnética muestra una alteración de la morfología y señal de la tibia distal y del astrágalo (osteonecrosis del astrágalo) compatible con osteomielitis crónica y secuelas de artritis séptica crónica.



RESULTADOS

En abril de 2021 se realiza una resección de 5 cm de peroné distal; colocación de fijador externo circular (TL-HEX) con medio aro en zona proximal, un segundo anillo en tercio medio de tibia y fijación distal en calcáneo y mediopié; y corticotomía proximal metafisaria para transporte óseo. Posteriormente, se realiza resección y desbridamiento de zona afecta (3 cm de tibia distal y 1,5 cm de astrágalo proximal). Se rellena el defecto con un portador de antibiótico de sulfato de calcio.

En el cultivo intraoperatorio se aisló *Corynebacterium Aurimucosum* y se le administró tratamiento antibiótico supresor durante 12 semanas.

Se retira fijador externo tras 12 meses de la cirugía.



CONCLUSIÓN

Tras un año de tratamiento se observa una buena consolidación tanto proximal como distal, así como, una resolución de la discrepancia de longitud de la pierna como resultado de la resección ósea llevada a cabo. Durante este tiempo no ha habido datos de nueva infección. El paciente es capaz de deambular por si mismo sin dolor.

59 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA