

Aplicación de la técnica Masquelet en el tratamiento de pseudoartrosis y defectos óseos complejos: experiencia en Hospital Severo Ochoa.

MARÍA SAINZ VALIOS, HILARIO MINGUEZ PÉREZ, ROBERTO MON FIDALGO, PAULA PLASENCIA HURTADO DE MENDOZA, JOSE LUIS AGUILAR HERRERO.

INTRODUCCIÓN

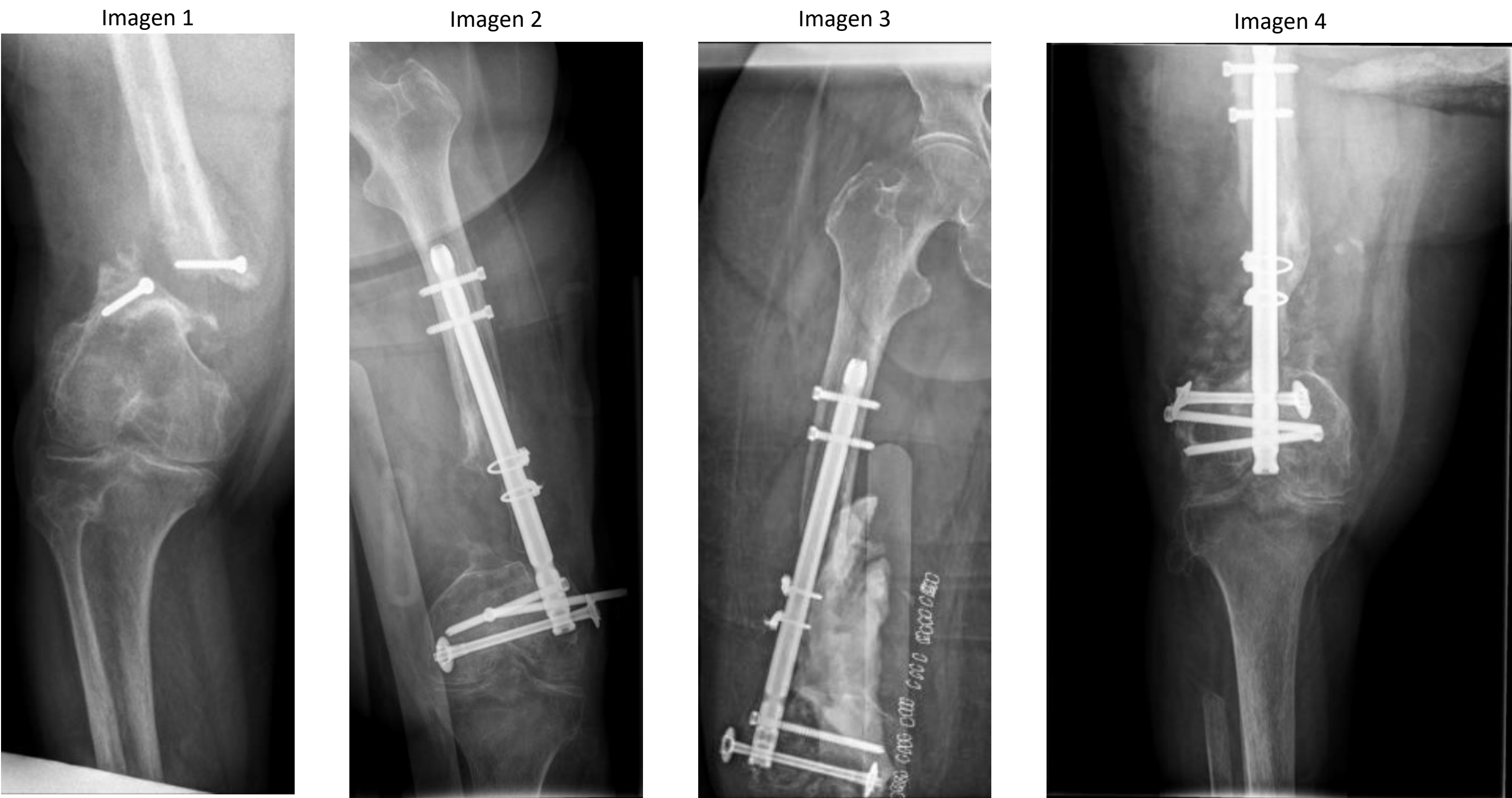
El manejo de defectos óseos plantea un desafío persistente en la ortopedia. La técnica de Masquelet, una estrategia de dos etapas surge como una alternativa innovadora para la reconstrucción de grandes defectos óseos. Primero, se reseca el hueso afectado y se introduce un espaciador de cemento, desencadenando la formación de una membrana inducida propicia para la consolidación ósea. Después, se abre esta membrana para retirar el espaciador y rellenar el defecto con un injerto óseo. En este contexto, presentamos nuestra experiencia en el Hospital Universitario Severo Ochoa (HUSO) a través de tres casos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

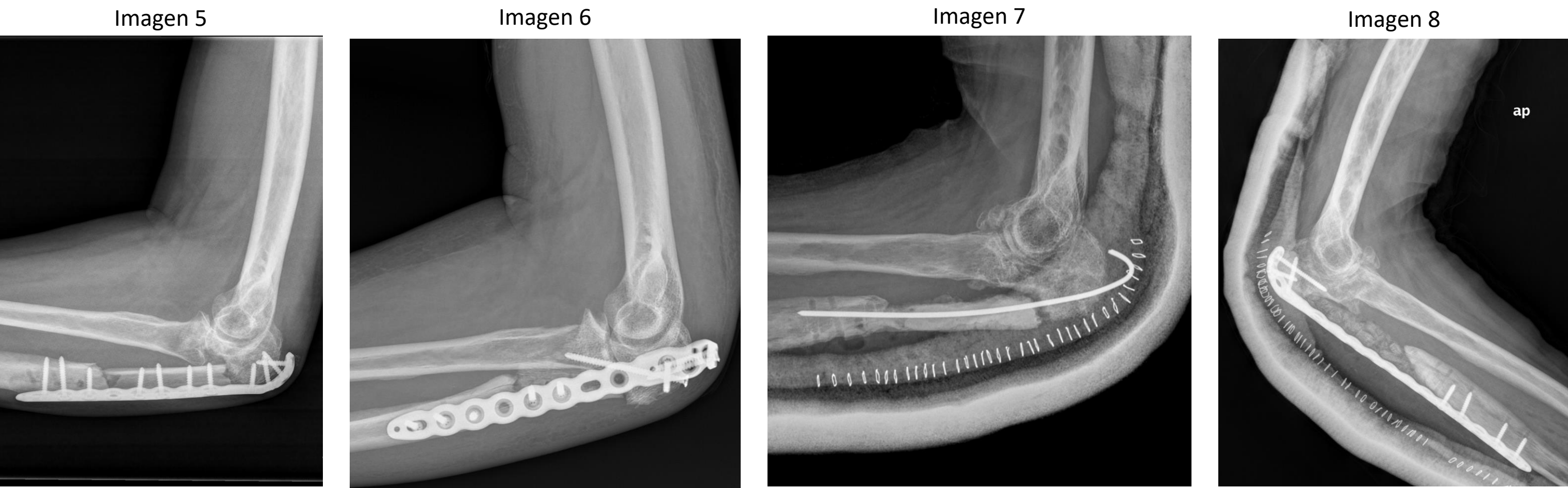
Analizamos tres casos clínicos tratados mediante Masquelet en el HUSO. La información se extrajo de historias clínicas, protocolos quirúrgicos, registros hospitalarios y consultas ambulatorias. Se evaluaron procedimientos de resección, colocación de espaciadores y aplicación de injertos óseos, proporcionando una base para evaluar la eficacia y seguridad de la técnica en el contexto hospitalario.

RESULTADOS

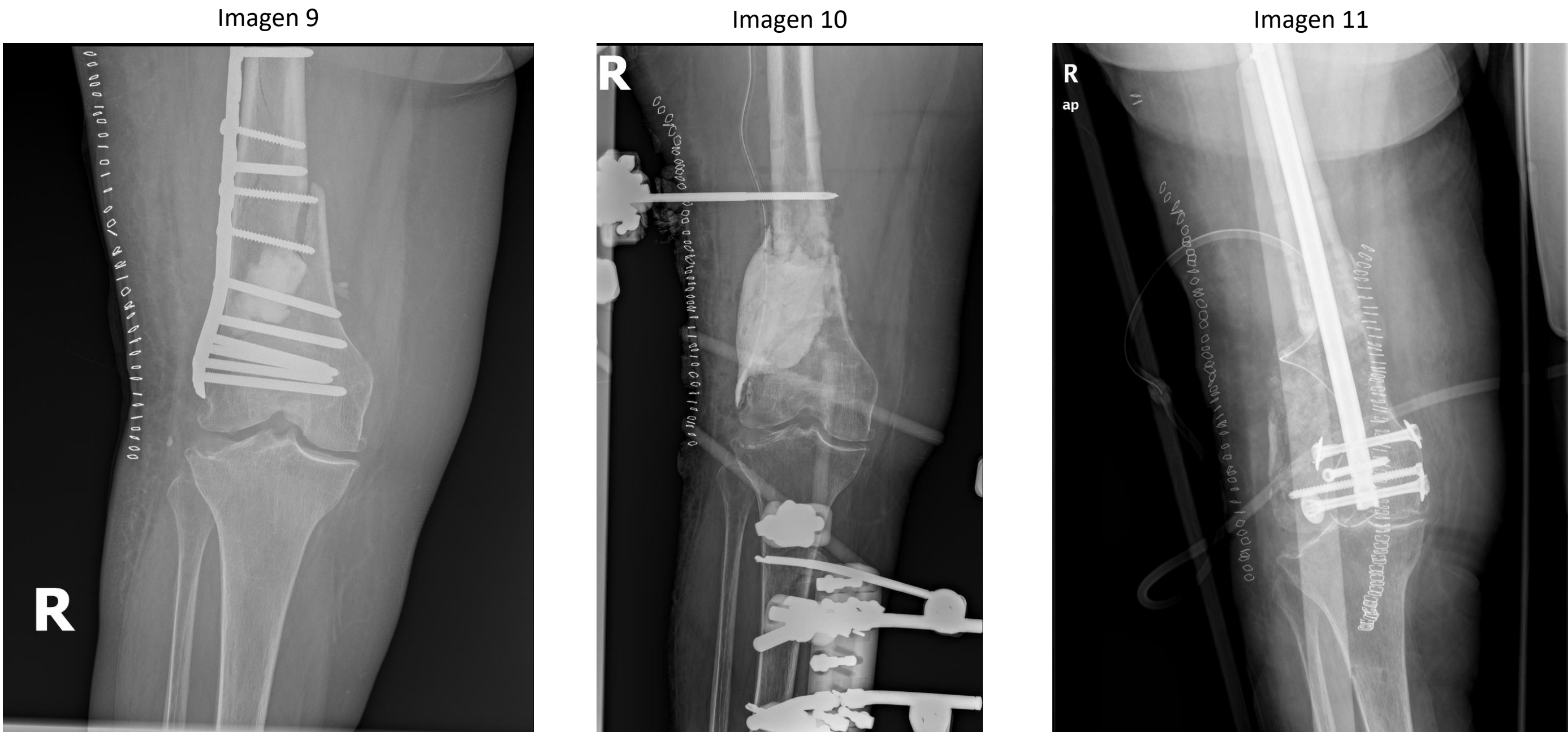
1er caso: pseudoartrosis de fémur distal con defecto óseo tras fractura tratada quirúrgicamente en Guinea (Imagen 1). En primera intervención se realiza EMO + toma de muestras, con crecimiento de *P. acnés*. Se completa pauta antibiótica (AB) y se realiza refrescado + resíntesis con clavo retrógrado + autoinjerto de peroné (Imagen 2). Años después, ante pseudoartrosis se decide realizar 1er tiempo de Masquelet: refrescado + toma de muestras + espaciador cementado (Imagen 3). Meses después se programa para el 2º tiempo: extracción de clavo + retirada de espaciador + fijación clavo retrógrado + autoinjerto patelar + aloinjerto liofilizado (Imagen 4).



2º caso: fractura-luxación de codo. Se realiza RAFI con placa de olécranon (Imagen 5). Durante seguimiento se confirma pseudoartrosis de cúbito proximal por lo que se realiza EMO + toma de muestras + autoinjerto de peroné + placa puente (Imagen 6). Al año siguiente, tras no lograr consolidación, se interviene de 1er tiempo de Masquelet: EMO + toma muestras + espaciador de cemento (Imagen 7). Tras tratamiento AB se realizó el 2º tiempo: extracción espaciador + refrescado de bordes + autoinjerto cabeza radial + placa olécranon (Imagen 8).



3er caso: fractura supracondílea de fémur tratada con RAFI (placa VA-LCP) (Imagen 9). Durante ingreso se produjo infección aguda de herida quirúrgica que obligó a realizar lavado + Friedrich. Se mantuvo con AB hasta que en controles se apreció rotura de material de osteosíntesis, por lo que se realizó EMO + espaciador de cemento + fijador externo (Imagen 10). Un mes después, se realizó el 2º tiempo: retirada de fijador y espaciador + RAFI con clavo retrógrado + chips aloinjerto (Imagen 11).



CONCLUSIONES

La técnica de Masquelet ha resultado ser eficaz en la consolidación ósea y restauración funcional. En nuestros pacientes, a pesar de las diferentes ubicaciones anatómicas de las lesiones, falta de stock óseo y gran número de cirugías previas, se han obtenido excelentes resultados clínicos y funcionales sin complicaciones a corto plazo. Este estudio respalda la creciente evidencia científica que apoya el uso del Masquelet para desafíos ortopédicos complejos.