

RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO TIBIAL MEDIANTE TRANSPORTE ÓSEO GUIADO CON FIJADOR CIRCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO DE INFECCIÓN OSTEOARTICULAR MULTIRRESISTENTE.

Autores: Ana Carolina Presas Presas, Raquel Guitián Montes, David Ramos Godos, Ana Mateo Gestoso, Blas Aguado González. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

OBJETIVO

El objetivo de este póster es presentar el caso clínico de un paciente de 20 años con secuelas de una fractura metafisaria tibial abierta, infectada y con mal estado de partes blandas asociado en el que se realiza una cirugía reconstructiva guiada con fijador externo circular.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de un paciente de 20 años que acude a nuestro centro tras dos meses de mala evolución tras un traumatismo abierto en región de tercio distal de tibia derecha secundario a un accidente de moto intervenido en su país de origen, Marruecos. A su llegada a nuestro centro el paciente se encuentra inmovilizado con un fijador externo monoplanar y presenta **un defecto cutáneo** que se extiende por la práctica totalidad de la región anterior y lateral de la pierna, con cultivos del lecho de la herida positivos para **Acinetobacter Baumannii y Stenotrophomonas Maltophilia** con sensibilidad exclusiva a amikacina y colistina. En la radiografía realizada en el servicio de urgencias se evidencia una **fractura metafisodiafisaria multifragmentaria, conminuta y con extensión articular, con ausencia de consolidación y con defecto óseo distal** (Figura 1).



Figura 1

Dada la edad del paciente y el tiempo de evolución de la fractura se planifica una cirugía de rescate agresiva con **desbridamiento de hueso no viable de región metafisaria, colocación de espaciador de cemento con antibiótico según antibiograma e implantación de fijador externo circular para transporte óseo**, previo acortamiento, para control óptimo de partes blandas (Figura 2).

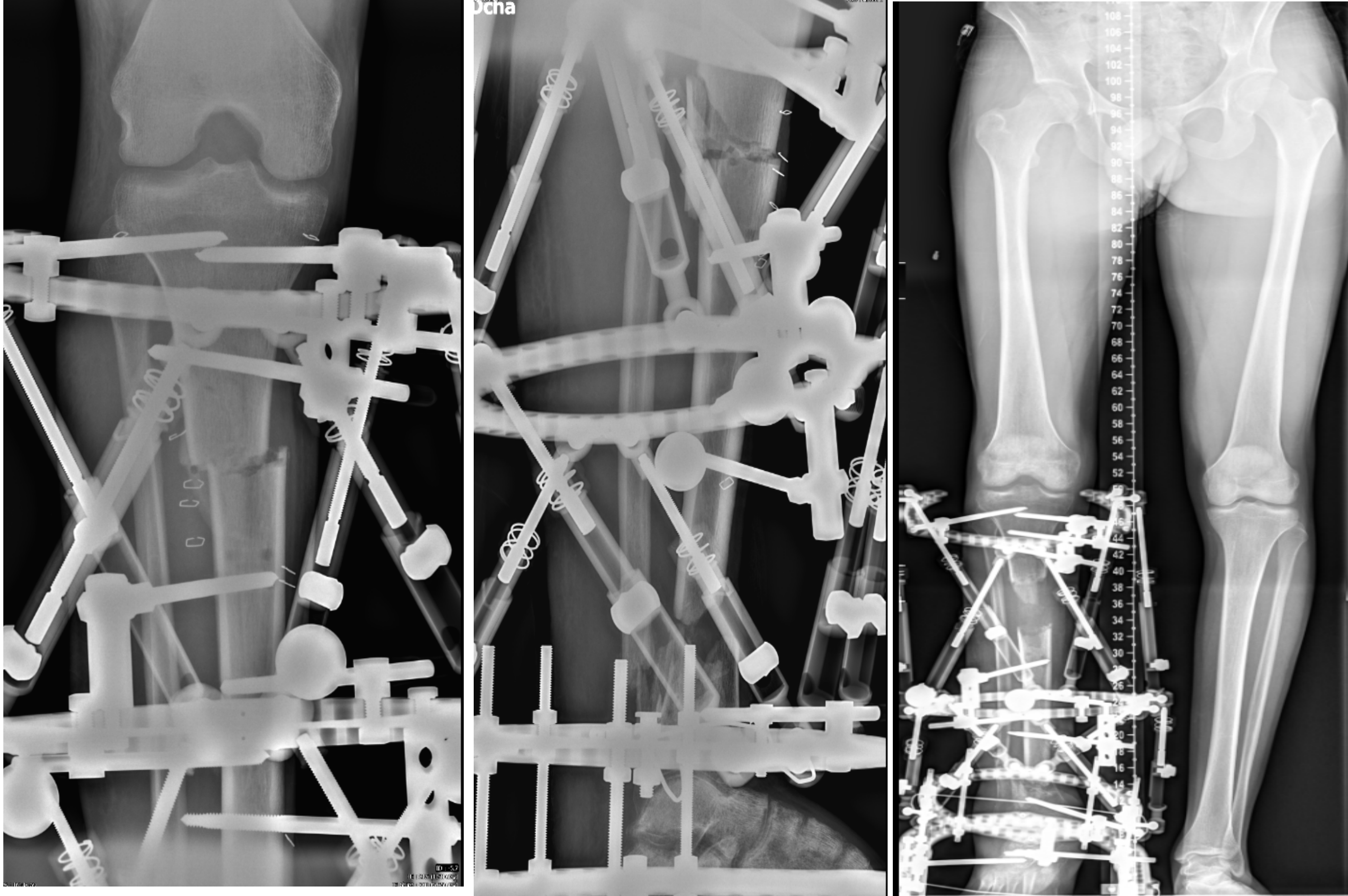


Figura 2

RESULTADOS

Tras alargamientos progresivos, cirugías de reajuste del fijador y terapia antibiótica dirigida, a los 8 meses se consideró completo el transporte óseo y se retiró el fijador habiendo conseguido una **consolidación aceptable** de la fractura con una **dismetría menor a 1 centímetro** y con un mínimo equino residual (Fig. 3).



Figura 3

CONCLUSIÓN

El transporte óseo puede considerarse una **posibilidad de tratamiento en pacientes que presenten defectos óseos masivos e infecciones óseas asociadas** que requieran un desbridamiento intensivo y en los que el aporte óseo aislado no sea una opción factible. En estos casos, los alargamientos progresivos con fijador externo circular puede conllevar resultados funcionales aceptables en pacientes jóvenes en los que queramos ofrecer una **alternativa a la amputación**.