

COLGAJO DE GASTROCNEMIO MEDIAL AMPLIADO PARA EL TRATAMIENTO DE DEFECTOS DEL APARATO EXTENSOR SOBRE INFECCIONES PERIPROTÉSICAS DE RODILLA

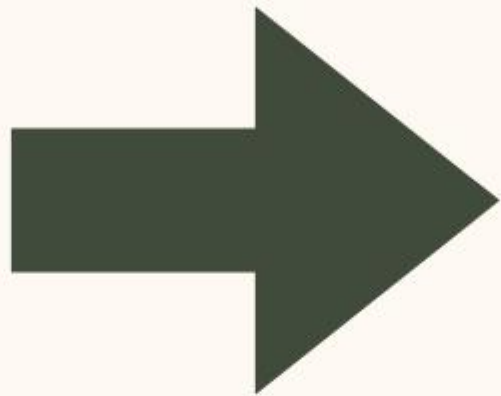
MARCOS GONZÁLEZ ALONSO; ADRIÁN GUERRA GONZÁLEZ; IVÁN SOTO PÉREZ;
VEGA VILLAR SUÁREZ; JAIME A. SANCHEZ LAZARO

Complejo Asistencial Universitario de León

Objetivos: El colgajo de gastrocnemio medial ampliado supone una alternativa de rescate en pacientes con defectos del aparato extensor sobre infecciones periprotésicas de rodilla.

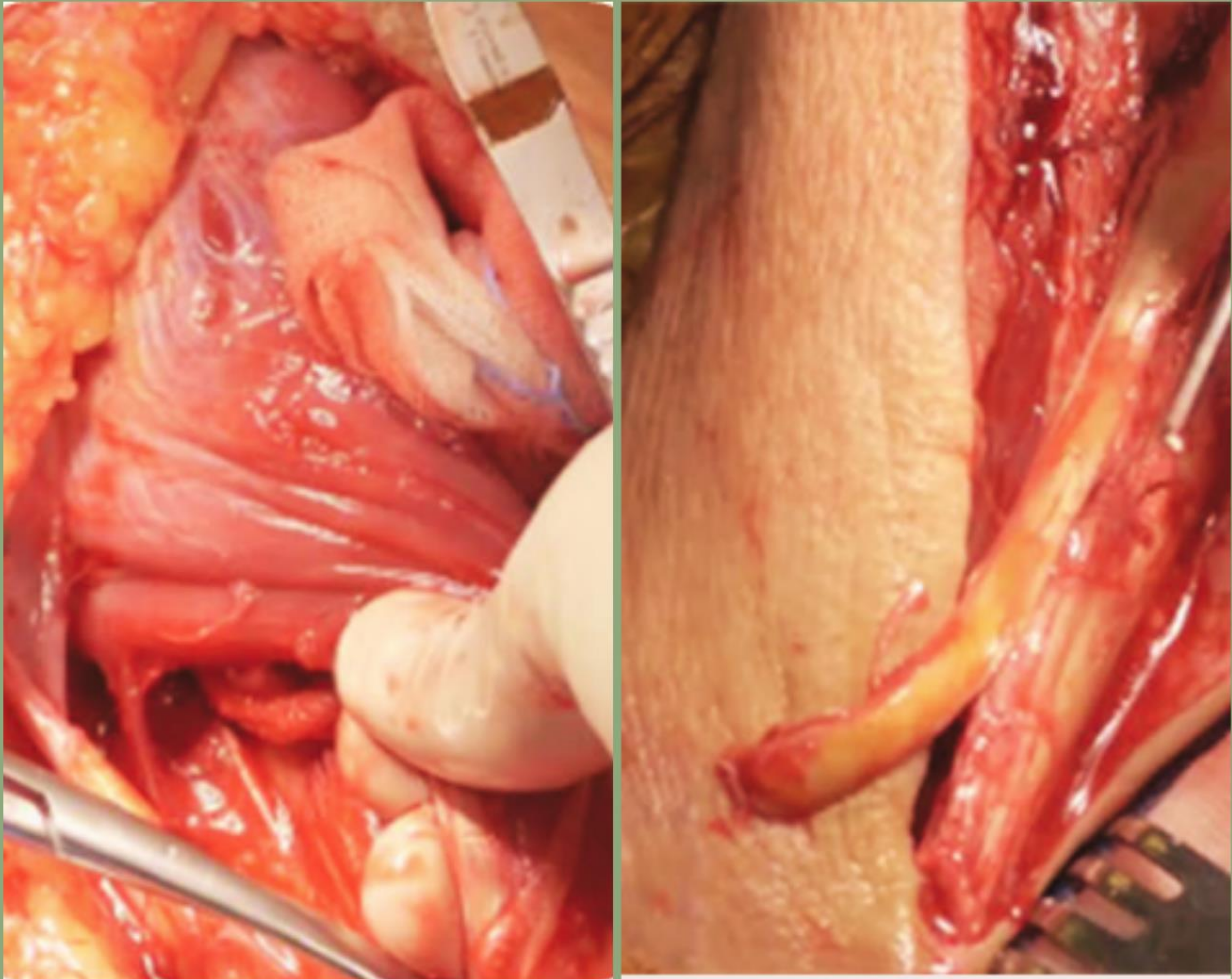
Caso Clínico

- Varón 58 años.
- Antecedentes de PTR infectada por E. coli:
 - DAIR fallido
 - Recambio en 2 tiempos fallido.
- Acude a nuestro centro con nueva recidiva a través de urgencias.



Tratamiento en 2 tiempos

- 1er tiempo: desbridamiento amplio incluyendo aparato extensor por rotura y degeneración, retirada de PTR y espaciador estático.
- 2º tiempo: redesbridamiento, retirada de espaciador, implante de nueva PTR y colgajo de gastrocnemio medial ampliado junto con el servicio de C. Plástica.



TÉCNICA QUIRÚRGICA



- 1.Incisión medial sobre el intervalo gastrocnemio medial – sóleo hasta la inserción del t. de Aquiles.
- 2.Desinserción distal del t. de Aquiles dejando, al menos, dos tercios.
- 3.Dissección digital del plano intermuscular hacia proximal hasta crear un puente subcutáneo que permita pasar el colgajo entre esta incision y el abordaje anterior de rodilla.
- 4.Fijamos distalmente el colgajo a la fascia pretibial para favorecer su integración.
- 5.Suturamos el extremo del colgajo a los remanentes de tendon cuadricipital.

Resultados

Tras la cirugía, se mantuvo al paciente tres semanas en extensión hasta controlar la buena evolución de la piel y posteriormente se inició la movilización restringida, aumentándola progresivamente hasta conseguir una movilidad activa de 15-100 a los 6 meses. Tras dos años de seguimiento, el paciente no ha presentado nuevas recaídas de la infección, presenta dolor ocasional y mantiene la misma movilidad.

Conclusiones

El colgajo de gemelo medial ampliado es un recurso muy útil en el caso de cirugías de revisión séptica de rodilla. En estos pacientes, el aloinjerto de aparato extensor tiene mayor riesgo de fracaso y además con el colgajo, conseguimos cobertura del defecto cutáneo en el mismo acto. El principal inconveniente de esta técnica es que al no presentar rótula, el paciente tendrá un defecto de extensión activa de los últimos 10-15º pero pasivamente tendrá extensión completa.