

RETRASO DE CONSOLIDACIÓN TRAS CIRUGÍA DE METACARPIANO: COMPLICACIÓN INUSUAL, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Guerra Alonso, F., Gallegos Rodríguez, L., Pérez Gea, C., De Peña Martínez J.A. y Rueda Parra, M.C.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PONIENTE DE EL EJIDO (ALMERÍA)

OBJETIVOS:

- Advertir de una complicación atípica, pero compleja, de la cirugía de fractura de metacarpianos.
- Conocer la clínica y solicitar las pruebas complementarias pertinentes para lograr el diagnóstico.
- Proponemos una alternativa quirúrgica para el retraso de consolidación en metacarpianos (MTC).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Varón de 45 años con fractura desplazada de 4º MTC mano derecha (FIGURA 1). Es intervenido para reducción cerrada y fijación con AK intramedular (FIGURA 2). Al mes, se retira AK e inmovilización.

A los tres meses, presenta dolor súbito y atraumático en 4º MTC. Rx mano: ausencia de signos de consolidación. (FIGURA 3) Solicitamos RM y TC de mano: reabsorción ósea y sospecha de osteomielitis aguda. En analítica: RFA -. Reintervenimos en un primer tiempo: realizamos abordaje posterior de 4º MTC y observamos tejido infeccioso. Lavado, desbridamiento, toma de muestras y fijación de cabeza de 4º MTC a 5º MTC con AK para mantener longitud. Se coloca sulfato de calcio absorbible con gentamicina (STIMULAN de Biocomposites®) (FIGURA 4).

Cultivos + para S. Aureus, tratado con cefazolina i.v y, posteriormente, levofloxacino v.o.

A los tres meses del primer tiempo, desaparece inflamación y se mantiene RFA negativos. Realizamos 2º tiempo: mismo abordaje, colocación de injerto autólogo cortico-esponjoso en defecto y fijación con doble placa (Compact hand ®) (FIGURA 5).

RESULTADOS:

A los 3 meses del 2º tiempo, se observa consolidación e integración de injerto. Al año, paciente presenta balance articular completo y desempeña trabajos manuales sin limitación. (FIGURA 6)

CONCLUSIONES:

- Debemos cuidar condiciones de asepsia y antisepsia intraoperatorias en todas las intervenciones quirúrgicas; aunque sean breves, cerradas o de la mano (menor tasa de infección).
- Llegar al diagnóstico lo antes posible, a través de la clínica (fiebre, inflamación local, fístula...), analítica (RFA y leucocitosis) y pruebas de imagen (Rx, TC con contraste, RM con contraste...).
- Proponemos hacer manejo en dos tiempos; en el primer tiempo se desbridará agresivamente para tratar de erradicar la osteomielitis y se tomarán numerosas muestras. En un plazo de mínimo de 6 semanas (en nuestro caso 3 meses) y normalizados los RFA; se planifica 2ª tiempo. En este, recomendamos colocar injerto autólogo cortico-esponjoso ya que nos cumple función osteoformadora, osteoinductora y osteoconductora.



FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3

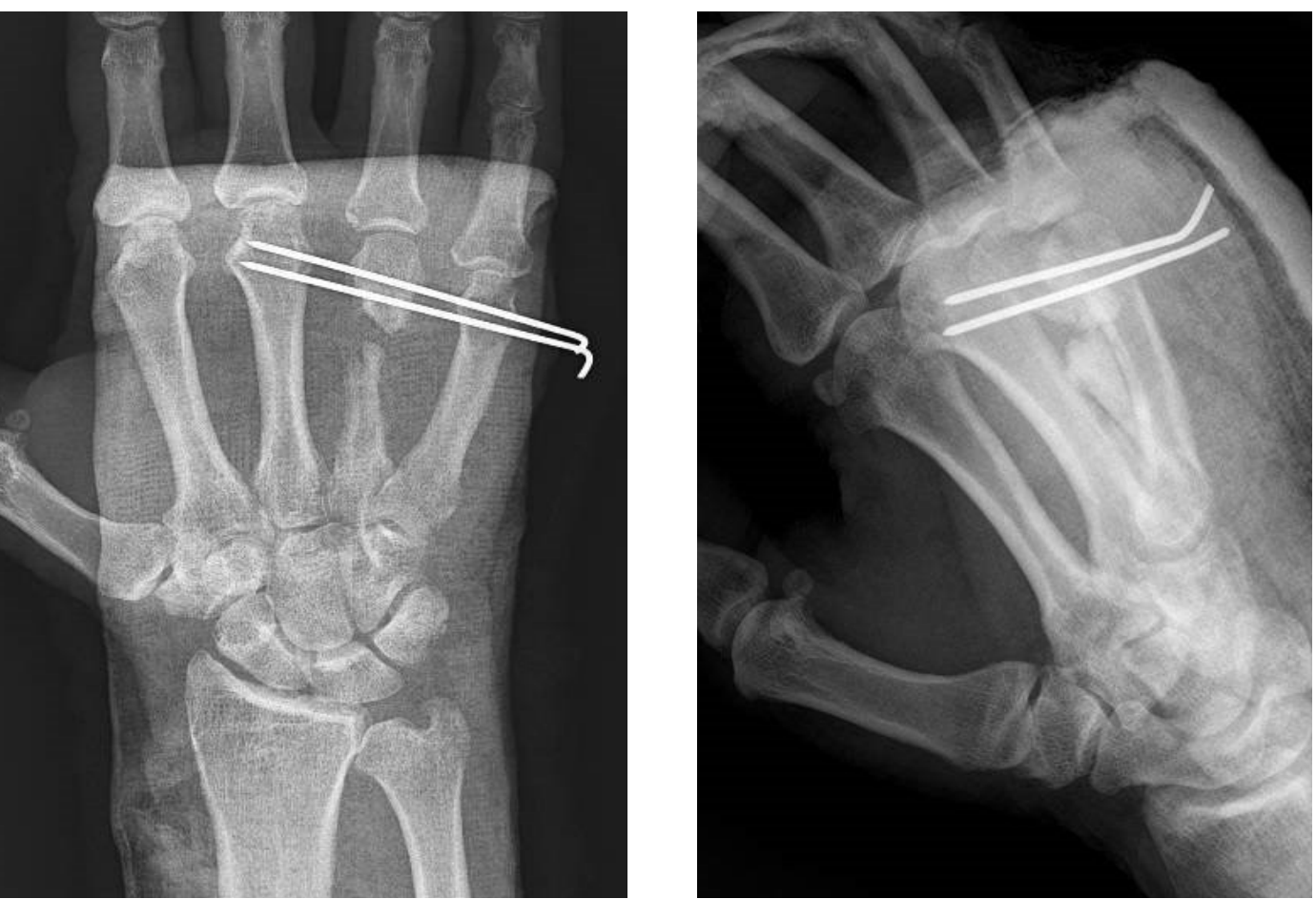


FIGURA 4



FIGURA 5



FIGURA 6