

Las mesetas las carga el diablo. Osteosíntesis, infección, fijación externa, deformidad y corrección. A propósito de un caso

Julían Cabria Fernández, Antonio García Arias, Pablo González-Herráez Fernández, Marta Rodríguez Dopazo, David Alonso Álvarez
Hospital universitario de Cabueñes.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de meseta tibial son propensas a infecciones, con incidencia entre 5-12%. Son factores de riesgo la obesidad, ser fumador, tiempo prolongado de isquemia y fracturas complejas

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 33 años, gran fumador, obeso mórbido. **Osteosíntesis de tibia distal derecha 3 años atrás.** Ingresa tras caída en moto a baja velocidad, presentando fractura de meseta tibial **Schasker VI, AO/OTA 41C2.**

Se interviene mediante **doble abordaje**: posteromedial para síntesis con placa posterior, relleno con aloinjerto en columna medial y síntesis con placa medial bloqueada. Por abordaje anterolateral, injerto por ventana ósea y reconstrucción articular, parcialmente conseguida. Síntesis con placa puente anterolateral y solape con placa medial de tibia distal. Síntesis de fragmento anterior con tornillo canulado percutáneo.

4 semanas postoperatorio, persiste dehiscencia, flogosis y exudado. En muestras profundas crece **staphylococcus lugdunensis**. Por ello se interviene de nuevo.

RESULTADOS

Se realiza **extracción de todo el material y desbridamiento agresivo**. Se aponen los fragmentos óseos inestables y se rellena defecto con sulfato cálcico con vancomicina+gentamicina. Cierre sin tensión medial y aproximación lateral sin posible cierre. Colocación de **fijador externo híbrido: circular 2 aros en metáfisis proximal + 2 pines en tibia disal** para facilitar acceso a curas. Meropenem + linezolid iv postoperatorio hasta resultado de cultivos y descarga de la extremidad. Crecen *Corynebacterium tuberculostrictum* y *Facklamia hominis multisensibles*. Tras 2 semanas de ATB iv se desescala a linezolid oral y se mantiene 6 semanas. Dada la buena evolución, 8 semanas después se **reconvierte a fijador circular completo**. Se mantiene 12 semanas.

Más adelante se aprecia **genu varo pronunciado**, por lo que se realiza **corrección del eje con fijación externa** sin apertura de foco y un segundo tiempo de **fijación con placa** debido a la obesidad del paciente.

Transcurridos dos años de la primera intervención, el paciente está satisfecho, precisa muletas ocasionalmente y tiene un aceptable rango articular.



CONCLUSIONES

Ante infección aguda >2 semanas de síntomas, reducción no anatómica, implante inestable y mal estado de partes blandas, la EMO y fijación externa definitiva es un tratamiento viable. Las complicaciones como pseudoartrosis y deformidad angular se pueden tratar mediante fijador externo hexápodo.