

TRANSPORTE ÓSEO COMO TRATAMIENTO PARA UN DEFECTO ÓSEO POR PSEUDOARTROSIS HIPERTÓFICA SÉPTICA TIBIA

F. J. Molina Martínez; D. Gil Botello D. Toledo León; J.A. Cabezuelo Martínez; J. Martínez Arnaiz

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, CHUA



Introducción y objetivos: El transporte óseo consiste en el desplazamiento progresivo de un segmento óseo, con el objetivo de suplir una pérdida de sustancia ósea. Presentamos un caso de transporte óseo, 10 cm, tratado en nuestro hospital debido a una pseudoartrosis hipertrofica séptica de tibia, como secuela de una fractura abierta tratada de manera conservadora en su país natal.



Figura 1-2-3. Imagen deformidad valgo tibia izquierda. Rx tibia izquierda pseudoartrosis hipertrofica. RMN osteomielitis tibia izquierda.

En un **primer tiempo quirúrgico** se realiza **resección de foco de pseudoartrosis** y de tejido desvitalizado hasta obtener tejido sangrante con signo de Paprika, dejando un defecto óseo de 10 cm. Colocamos un espaciador de cemento en dicho defecto con Gentamicina/Vancomicina y Fijador externo monorail LRS (Figura 4-5-6).

Material y Métodos: Paciente de 33 años, natural de Gambia, que fue tratado de manera conservadora en su país de origen de fractura abierta tibia izquierda tras accidente de tráfico. A los tres años, el paciente acude a nuestra consulta por dolor, claudicación y deformidad en valgo de tibia izquierda. A nivel radiológico presenta pseudoartrosis hipertrofica tercio medio diafisario tibia izquierda junto con componente osteomielítico (Figura 1-2-3).

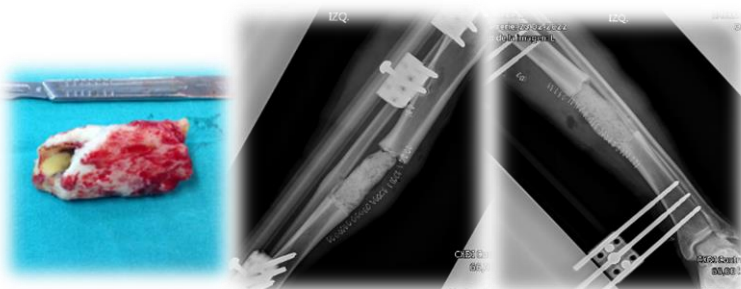


Figura 4-5-6. Tejido desvitalizado intraoperatoria. Resección foco + Espaciador cemento + Fijador externo monorail

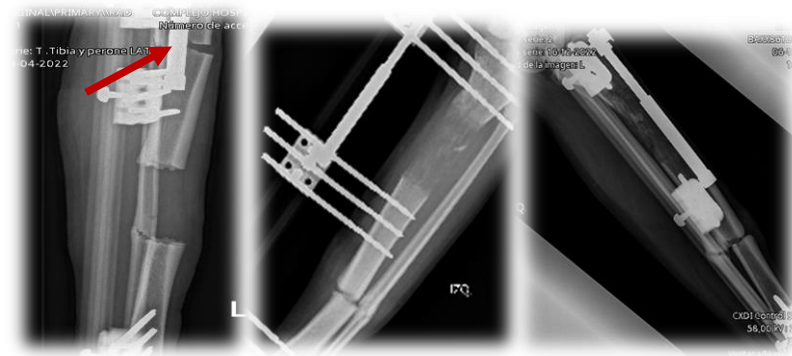


Figura 7-8-9. Fase de latencia 18 días. Control a los 6 meses y al año transporte óseo.

Resultados: Tras un año de transporte óseo realizamos **EMO fijador externo + Enclavado endomedular tibia con aporte autoinjerto** de cresta ilíaca (Figura 10).

Tras dos años del transporte óseo (Figura 11) hemos corregido la deformidad en valgo. El paciente no presenta dolor y deambula sin ayudas realizando una vida normal.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de los defectos óseos de gran tamaño son un desafío.

El desbridamiento agresivo del foco de pseudoartrosis y del tejido desvitalizado e infectado es la base fundamental del tratamiento, lo cual sólo es posible a la posibilidad de regenerar el tejido óseo por medio de la osteogénesis por distracción realizada con el fijador externo.

Es un proceso largo que requiere un tratamiento multidisciplinar y de entrenamiento por parte del paciente, con un seguimiento estricto para lograr un correcto alargamiento y corrección de la deformidad.

A las 6 semanas **segundo tiempo quirúrgico**, realizándose **extracción de espaciador antibiótico + osteotomía diafisaria peroné + osteotomía metafisaria proximal tibia**. Tras 18 días (Fase latencia), comenzamos con la fase de transporte óseo 1 mm/día. Una vez el transporte ha llegado a la zona de atraque, bloqueamos el fijador y comienza la fase de maduración (Figura 7-8-9).



Figura 10. Enclavado IM + Aporte autoinjerto.



BIBLIOGRAFÍA

Figura 11. Control a los 2 años transporte óseo y al año Fase maduración.

61 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA