

TRAUMATISMO DE BAJA ENERGÍA Y FRACTURA. SIEMPRE DESCARTAR CAUSAS SUBYACENTES. OSTEOMIELITIS CRÓNICA DE TIBIA DISTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

GABRIEL GONZÁLEZ DE LOS MARTIRES, ANA PÉREZ BORQUE, GERMAN ESCRIBANO MATEO, RUBÉN INGLÁN MONTESF, EDERICO JESÚS SERVÁN ALCÁNTARA

OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente con osteomielitis crónica en tibia distal tratado mediante un fijador externo circular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 68 años que acude a urgencias por fractura cerrada transversa de tercio distal de tibia mientras caminaba por la calle sin traumatismo asociado. No signos de infección a nivel local ni síntomas generales sugestivos de infección.

Como antecedentes personales presentó una fractura de pilón tibial en misma extremidad hace 15 años intervenida en otro centro mediante placa DCP tibia y placa tercio tubo en peroné. Retirada de placa DCP tibia hace 10 años en nuestro centro en la que presento una evolución tórpida de la herida quirúrgica. Dado de alta por dicho proceso un año después de la retirada material.

RESULTADOS: Tras inmovilización con férula inguino-pédica, se amplió estudio de imagen mediante TC dado imagen sugestiva de bordes mal definidos con patrón apolillado y adelgazamiento cortical en la radiografía. Se decidió tomar muestras en quirófano de foco de fractura previo a decisión de tratamiento definitivo. Se obtuvo un *S. Aureus* en foco de fractura por lo que se decidió en un primer tiempo realizar una intervención mediante FE y antibioterapia intravenosa y en un tiempo posterior realizar la osteosíntesis definitiva. Al mes acude con placa celulítica en dorso de la pierna y signos flogóticos alrededor de los pines del FE. Ante la sospecha de progresión de la infección se consensúa reintervenir realizando una cruentación del foco, apertura de opérculos, desbridamiento de hueso no viable y colocación de un FE circular con el objetivo de realizar una transportación ósea posterior. Actualmente el paciente está en seguimiento por el S. Plástica tras la realización de un colgajo de



CONCLUSIONES: Las fracturas abiertas suponen muchas veces un reto en cuanto a que tratamiento definitivo optar. La opción de un FE y una reducción abierta y fijación interna posterior suele ser el método de elección. Sin embargo, no deben pasarse por alto otras opciones como la fijación externa de tratamiento definitivo en las que se pierde un segmento de hueso, alto riesgo de infección y en pacientes con alta comorbilidad.