

INFECCIÓN POR OSTEOMIELITIS TRAS REDUCCIÓN CERRADA Y FIFACIÓN ENDOMEDULAR DE FÉMUR

Uxue Agirregoitia Enzunza



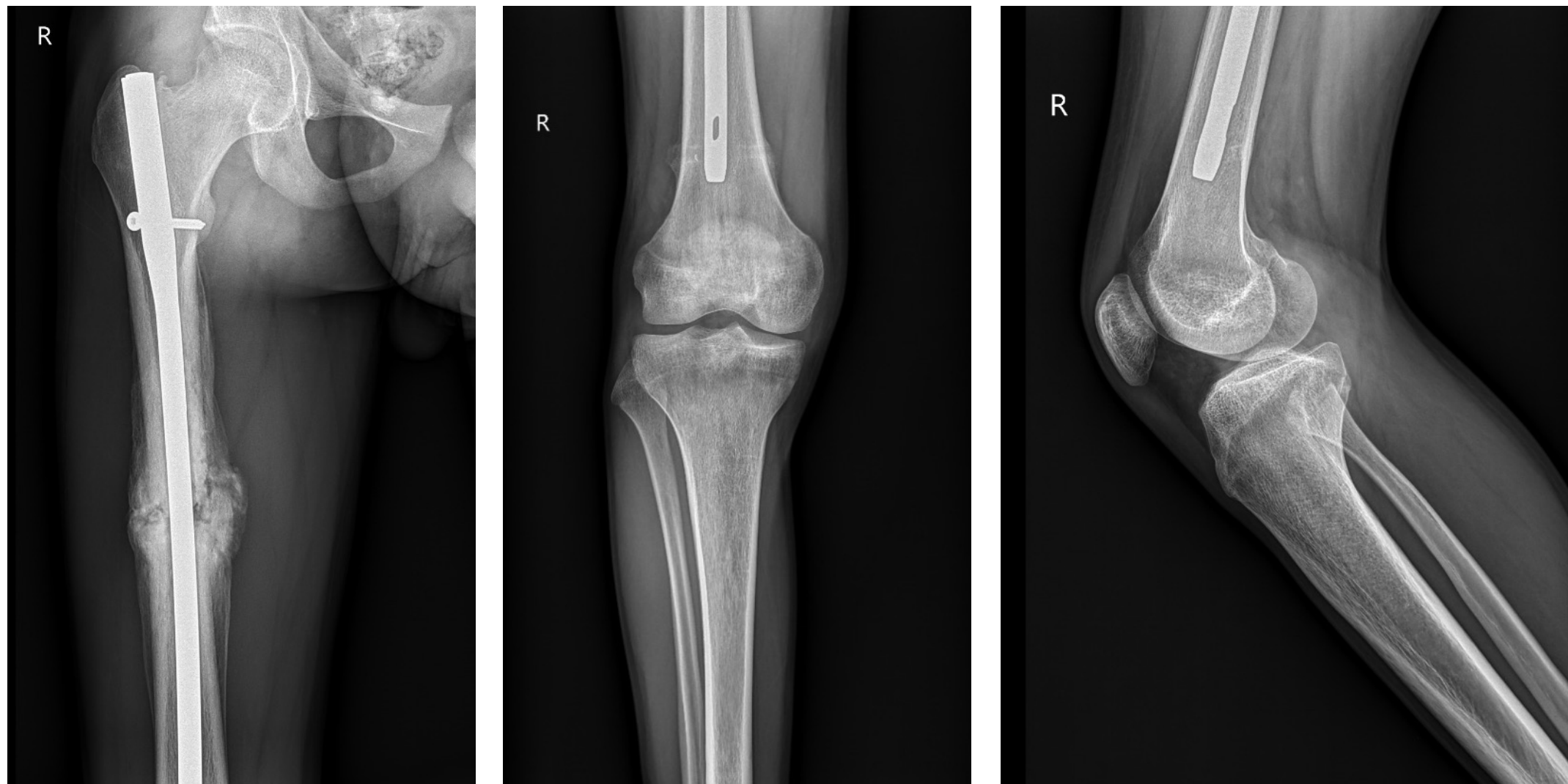
Introducción y objetivos

La osteomielitis es la infección del hueso caracterizada por una destrucción inflamatoria progresiva. La incidencia de infección después de fracturas cerradas de huesos largos es aproximadamente del 1 al 2%. Esta incidencia es considerablemente mayor en las fracturas abiertas (para las fracturas Gustilo-Anderson Tipo I 5%, para las Tipo II 10% y para las Tipo III más del 15%, respectivamente). El factor crítico que influye en el riesgo de desarrollar la infección parece ser la complejidad de la fractura y no la técnica utilizada.

El objetivo es presentar el caso de un paciente que fue tratado mediante un sistema de enclavado endomedular de fémur por fractura diafisaria que posteriormente desarrollo una osteomielitis.

Material y metodología

Paciente varón de 17 años y natural de Argelia acude al servicio de urgencias tras dolor en muslo derecho y sensación distérmica. Como antecedente de interés fue intervenido 5 meses atrás, en su país de origen, mediante clavo endomedular una fractura de fémur. Posteriormente, requirió una nueva intervención 3 meses después para EMO de tornillo distal por molestias de material. El dolor en muslo comenzó tras esa segunda operación.

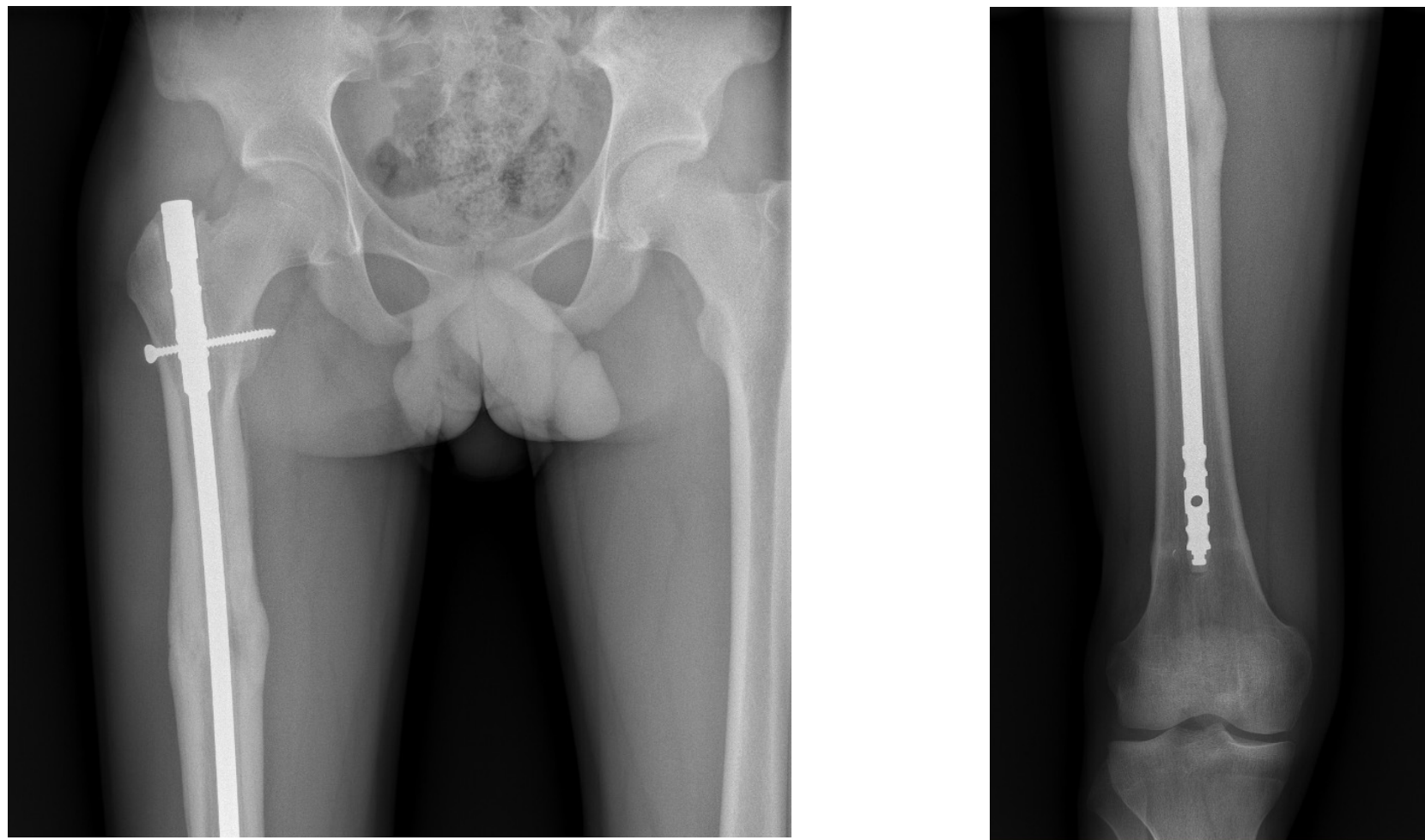


Una vez realizadas las pruebas pertinentes (radiología, analítica y resonancia magnética) se diagnostica de infección por osteomielitis rodeando al clavo endomedular. El mayor grado de afectación se localiza a la altura de la vertiente distal del clavo endomedular.

Se interviene quirúrgicamente para limpieza, desbridamiento y extracción del material de osteosíntesis. Tras fresado y lavado con sistema RIA se procede a implantar clavo 10x360mm (Acuña y Fombona) con gentamicina.

Resultados

Durante el ingreso es valorado por Enfermedades Infecciosas pautando 10 días de antibioterapia intravenosa. No habiendo obtenido ningún crecimiento en cultivos quirúrgicos, se inicia tratamiento antibiótico empírico al alta (rifampicina y levofloxacino), a mantener 12 semanas. 6 meses tras la intervención el paciente permanece sin dolor, con buena movilidad y en radiología se aprecia de callo óseo. Es dado de alta.



Discusión y conclusión

Los clavos recubiertos en antibiótico ofrecen la ventaja de disminuir el espacio muerto, proporcionar una adecuada estabilidad mecánica y conseguir altas dosis de antibióticos localmente, con pocos o ningún efecto adverso sistémico. Estos clavos comerciales impregnados en antibiótico a diferencia de los customizados consiguen un tiempo quirúrgico menos prolongado, si necesario EMO más fácil, fijación más estable y sin necesidad de antibióticos estables en las altas temperaturas alcanzadas durante la reacción de polimerización exotérmica del PMMA.

REFERENCIAS

1- Noh JH, Koh SJ, Lee KH. Treatment of Proximal Femur Osteomyelitis Occurred after Proximal Femoral Nail Antirotation Fixation, with Antibiotic Cement-coated Tibia Intramedullary Nail: A Case Report. Hip Pelvis. 2018 Mar;30(1):45-52.

2- Makridis KG, Tosounidis T, Giannoudis PV. Management of infection after intramedullary nailing of long bone fractures: treatment protocols and outcomes. Open Orthop J. 2013 Jun 14;7:219-26.

3- Forsberg JA, Potter BK, Cierny G 3rd, Webb L. Diagnosis and management of chronic infection. J Am Acad Orthop Surg. 2011;19 Suppl 1:S8-S19.

4- Barger J, Fragomen AT, Rozbruch SR. Antibiotic-Coated Interlocking Intramedullary Nail for the Treatment of Long-Bone Osteomyelitis. JBJS Rev. 2017 Jul;5(7):e5.

5- Garabano G, Del Sel H, Rodriguez JA, Perez Alaminó L, Pesciallo CA. The effectiveness of antibiotic cement-coated nails in post-traumatic femoral and tibial osteomyelitis - comparative analysis of custom-made versus commercially available nails. J Bone Jt Infect. 2021 Dec 21;6(9):457-466.