

Manejo de infección y deformidad tras fractura de meseta tibial en paciente complejo

García Arias, Antonio; Fernández Álvarez, Mónica; Cabria Fernández, Julián; González-Herráez Fernández, Pablo; Alonso Álvarez, David

Hospital Universitario de Cabueñes

Objetivos

Las fracturas de meseta tibial suponen un reto en cuanto a la corrección quirúrgica, especialmente si existen antecedentes de fracturas en el mismo hueso o implantes previos. En algunos casos, especialmente en pacientes con comorbilidades o poco colaboradores, a pesar de conseguir una correcta osteosíntesis la evolución no es satisfactoria, y terminan fracasando de una manera u otra.

Material y métodos

Se presenta el caso de un varón de 33 años con antecedentes de fractura de tibia y peroné distales tratados con placas que se presenta con una fractura de meseta tibial. Como antecedentes personales, obesidad mórbida y fumador. Se le interviene inicialmente practicándose osteosíntesis, con reducción subóptima de la superficie articular. Al mes, dada la mala evolución de la herida y la falta de correcta reducción, se decide realizar extracción del material, toma de muestras y conversión a fijación externa circular. Se aíslan 3 gérmenes diferentes en los cultivos, y tras correcto tratamiento antibiótico, se acaba retirando el fijador externo a los 4 meses.

6 meses después de la última cirugía, se aprecia falta de consolidación y deformidad en varo, por lo que se decide corrección en 2 tiempos: desbridamiento de foco de pseudoartrosis y corrección del eje con fijador externo circular y estabilización con placa de osteotomía.

Tras este tratamiento, el paciente evoluciona satisfactoriamente, consiguiendo buen eje, deambulación autónoma y movilidad 10-



1. Rx cirugía inicial, RAFI (material distal previo)



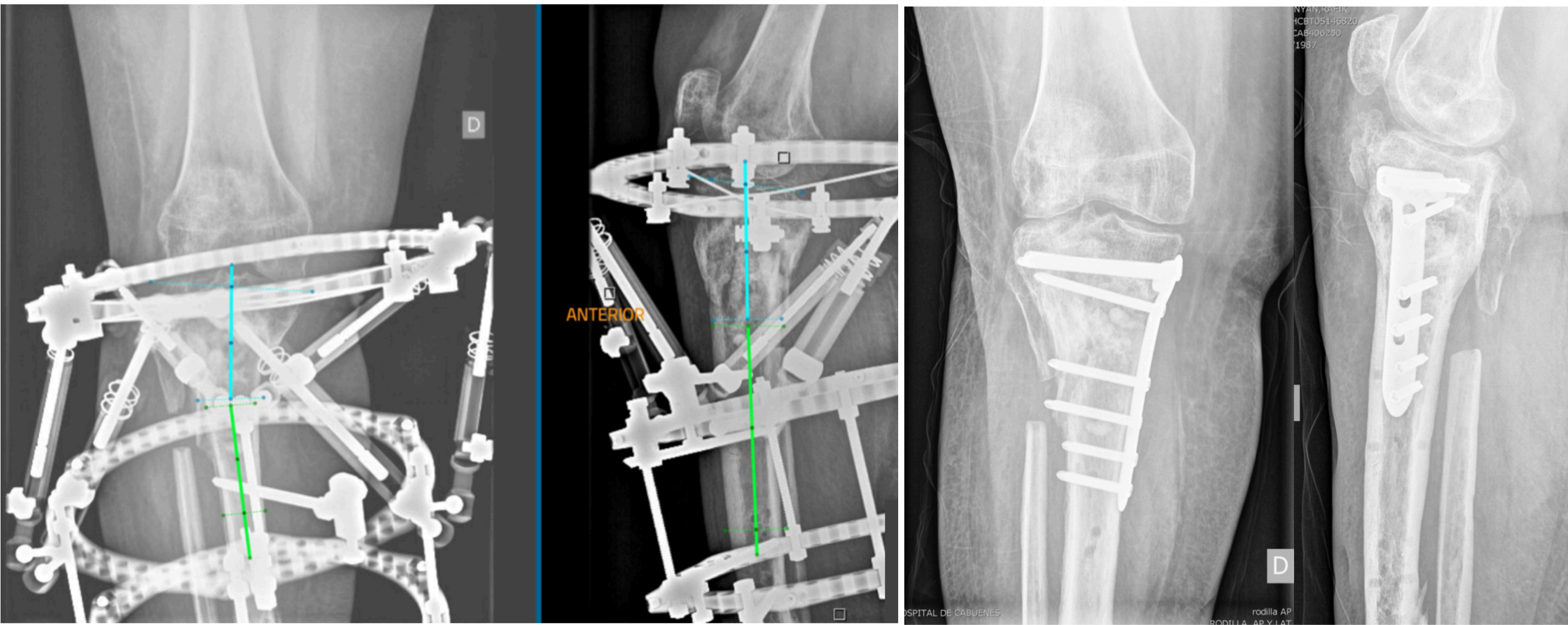
3. Rx tras EMO e implantación de fijador circular



2. 4 semanas postoperatorio



4. Rx deformidad en varo 6m tras retirada de fijador



5. Corrección en 2 tiempos con fijador hexápodo y placa de osteotomía

Resultados

En pacientes con factores de riesgo en los que la evolución de las partes blandas no es satisfactoria y hay sospecha de infección, si no se ha conseguido una óptima reducción tras una osteosíntesis inicial, hay indicación de extracción del material, pudiéndose realizar luego una estabilización en dos tiempos, reconversión a fijación externa o tratamiento ortopédico. Es importante no insistir en el error de dejar el material con la esperanza de que la fractura consolide y solucionar luego la infección, pues ésta la impedirá.

Conclusiones

La fijación externa es una alternativa válida para el tratamiento de secuelas de fracturas, así como para infecciones agudas sobre osteosíntesis, permitiendo la curación de la infección y la corrección de la deformidad, permitiendo además asociar técnicas de estabilización convencionales en un segundo tiempo.

Bibliografía

- G. Chan, E. Iliopoulos, A. Jain, M. Turki, A. Trompeter. Infection after operative fixation of tibia plateau fractures. A risk factor analysis. *Injury*, 50 (2019), pp. 2089-2092
- D.P. Barei, S.E. Nork, W.J. Mills, M.B. Henley, S.K. Benirschke. Complications associated with internal fixation of high-energy bicondylar tibial plateau fractures utilizing a two-incision technique. *J Orthop Trauma*, 18 (2004), pp. 649-657
- JR. Henkelmann, K.H. Frosch, R. Glaab, H. Lill, C. Schoepp, D. Seybold, *et al*. Infection following fractures of the proximal tibia - a systematic review of incidence and outcome. *BMC Musculoskelet Disord*, 18 (2017 Nov 21), pp. 481
- Tao X, Chen N, Pan F, Cheng B. External fixation combined with delayed internal fixation in treatment of tibial plateau fractures with dislocation. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Oct;96(41):e8221. doi: 10.1097/MD.00000000000008221. PMID: 29019890; PMCID: PMC5662313.