

RECONSTRUCCIÓN DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA CON EJE VASCULAR ÚNICO: UN DESAFÍO PARA LA CIRUGÍA ORTOPLÁSTICA

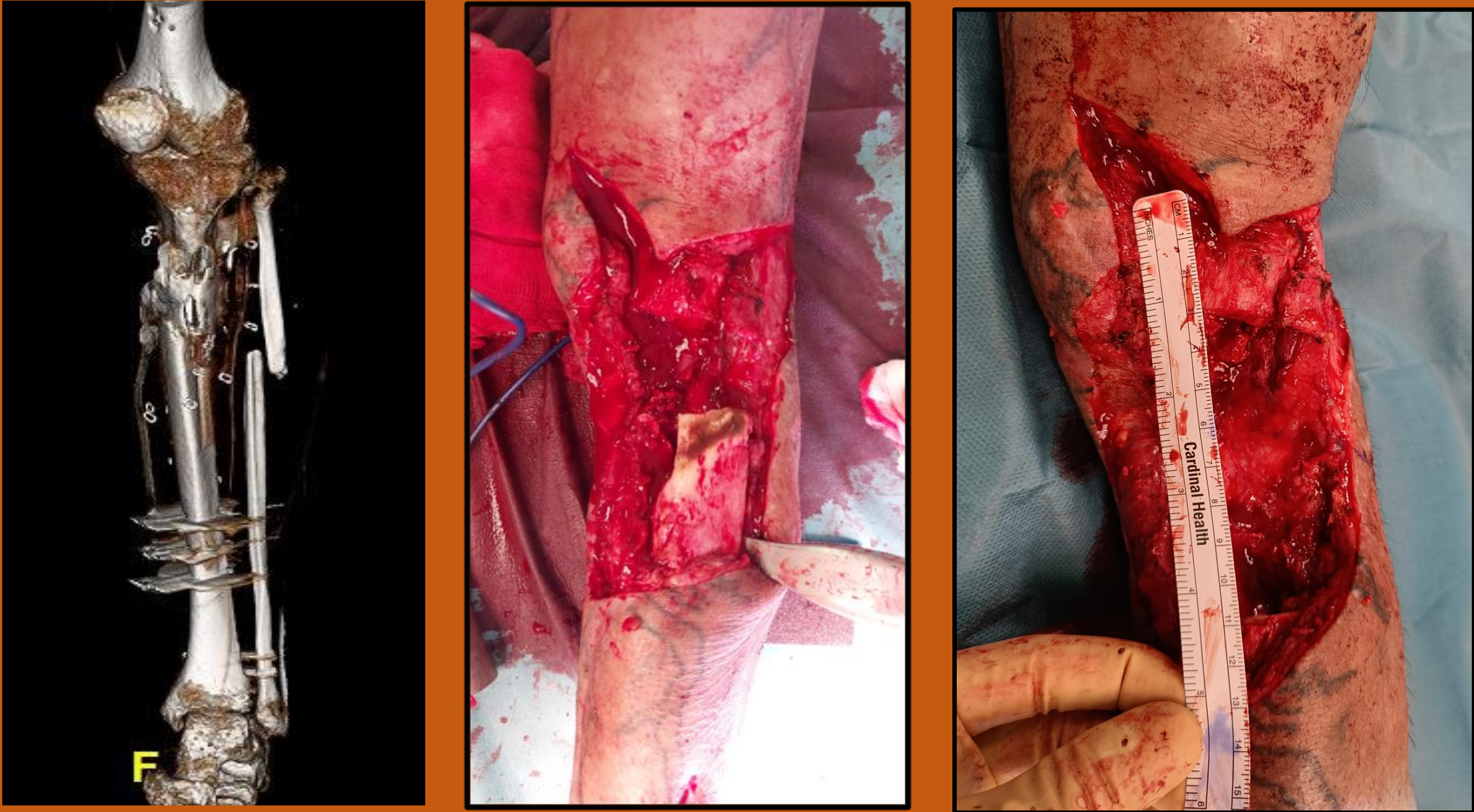
Gómez Serrano, A; Romero López, I; Rubio Yanchuck, M; Bonastre Juliá, J; Leyva Rodríguez, F.
Servicio de Cirugía Plástica - Hospital Universitario La Paz (Madrid).



OBJETIVOS

Las fracturas abiertas de tibia de Gustilo III-B y III-C pueden presentar una combinación de defectos vasculares, óseos y de cobertura cutánea. En estos casos, la colaboración de un equipo de cirugía ortopédica es fundamental para maximizar las posibilidades de éxito quirúrgico.

A través de la exposición del caso, se destacan los aspectos determinantes en la toma de decisiones colaborativa requerida para esta patología.



MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se presenta el caso de un varón de 37 años remitido a nuestro hospital para evaluar reconstrucción de fractura abierta de tibia Gustilo III-B y fractura unifocal de peroné ipsilateral con fracaso de reconstrucción previa.

En las intervenciones previas se colocó un espaciador de cemento + fijación interna de tibia con clavo Steinmann transtibial + fijación transindesmal + cobertura con colgajo ALT contralateral realizando anastomosis T-T a vasos tibiales posteriores en tercio medio de pierna.

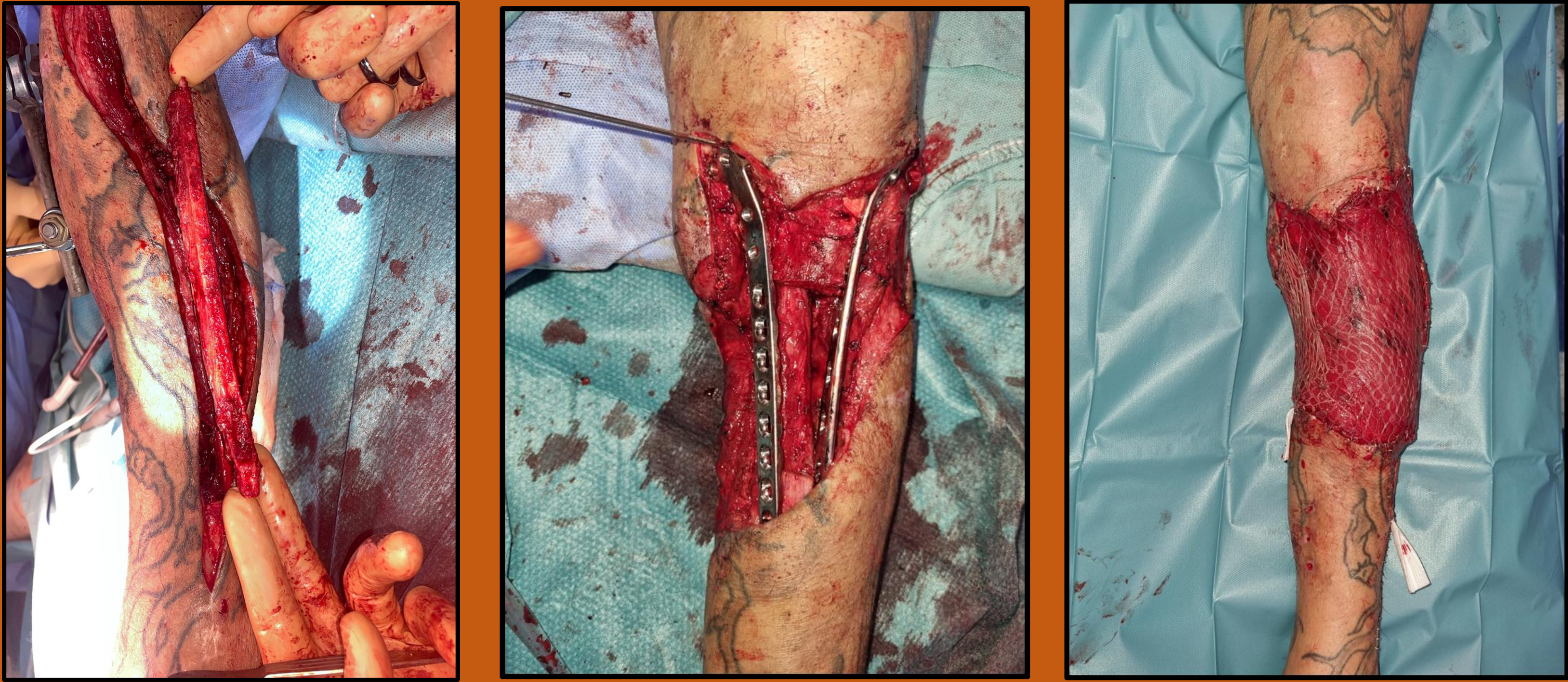
Tras pérdida del colgajo y nueva exposición ósea, se decide derivación a nuestro centro para valoración.

MATERIAL Y METODOLOGÍA II

El paciente presentaba un defecto diafisario en tercio medio de tibia de 10 cm, asociando un defecto de cobertura de 15x25 cm. Se realizó arteriografía evidenciando un único eje permeable (Vasos Tibiales Anteriores). Tras realización de Friedrich se objetivó defecto diafisario de 10 cm. Se decide EMO + RAFI por parte de Traumatología y reconstrucción con peroné ipsilateral pediculado + cobertura con colgajo libre dorsal ancho por parte de Cirugía Plástica.

Se realiza disección de colgajo de peroné pediculado e inseting mediante rotación de 180º encastrando extremo distal en meseta tibial y posterior osteosíntesis con 2 placas y tornillos unicorticales para fijación de peroné por su menor riesgo de compromiso vascular. Se realizó control de flujo intraoperatorio mediante Doppler.

Se realiza disección de colgajo dorsal ancho libre con preservación de ramas de serrato y circunfleja escapular para eventual necesidad de rescate flow-through. Se realizó inseting y anastomosis T-L a vasos tibiales anteriores. Finalmente se cubrió con injertos de piel parcial.



RESULTADOS

Se muestra resultado postoperatorio y se incluyen radiografías que evidencian consolidación ósea a los 6 meses de seguimiento. El paciente actualmente es capaz de deambular.

CONCLUSIÓN

La colaboración estrecha entre un equipo multidisciplinar resulta crucial para lograr el mejor resultado funcional posible en defectos complejos causados por traumatismos de alta energía.