

Defecto óseo tibial masivo tras pseudoartrosis séptica: ¿tiene solución?

Alberto Plasencia Hurtado de Mendoza, Fernando Martín Gorroño, Paula Roig Zurita, Lorena Gómez García, Raúl García Rodríguez

 Hospital Universitario
Príncipe de Asturias
SaludMadrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los grandes defectos óseos suponen un desafío para los cirujanos, cuyo objetivo es evitar la amputación y lograr los mejores resultados funcionales. En casos de defectos masivos (superiores a 12 centímetros), esta tarea se torna aún más compleja.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 57 años con fractura abierta Gustilo IIIA de tibia y peroné distales, intervenido mediante enclavado endomedular de tibia y aguja en el peroné. Tras 8 meses, se objetiva pseudoartrosis tibial de origen séptico y dehiscencia de la herida de la fractura abierta. Se reinterviene para retirar el material de osteosíntesis y se realiza desbridamiento amplio del foco de fractura y colocación de espaciador de cemento con antibiótico, añadiendo para la cobertura del defecto cutáneo, un colgajo libre vascularizado del muslo.

Tras el desbridamiento, el defecto óseo resultante era de 18 centímetros, con una epífisis distal remanente de 4 centímetros. Se interviene mediante interposición de autoinjerto de peroné vascularizado, encastrado en remanentes óseos distal y proximal de tibia, que era del suficiente diámetro para ser estable, sintetizándose posteriormente con una placa premoldeada. Asimismo, se artrodesa el tobillo mediante cuatro tornillos canulados tibio-astrágalo-calcáneos por rigidez del mismo tras dos años inmovilizado



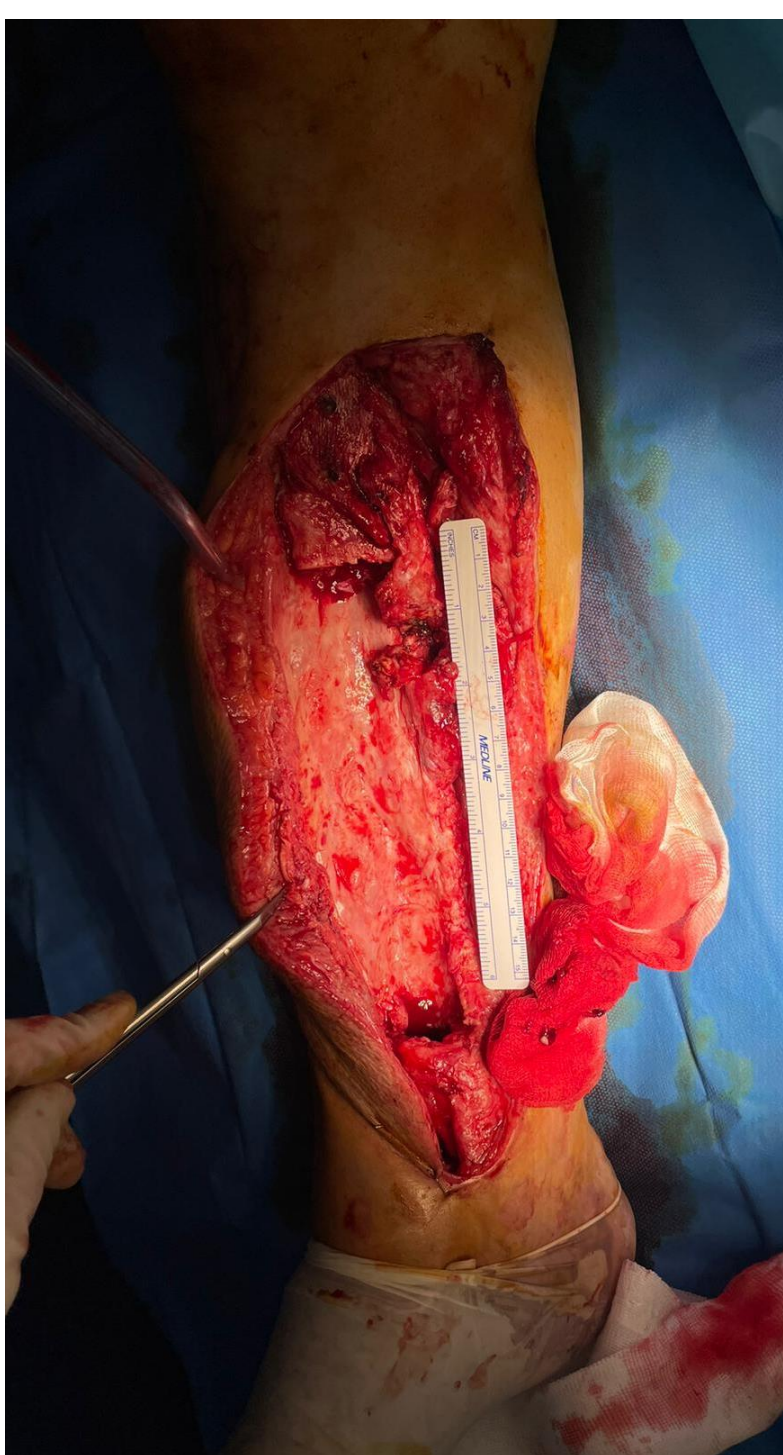
Fractura inicial



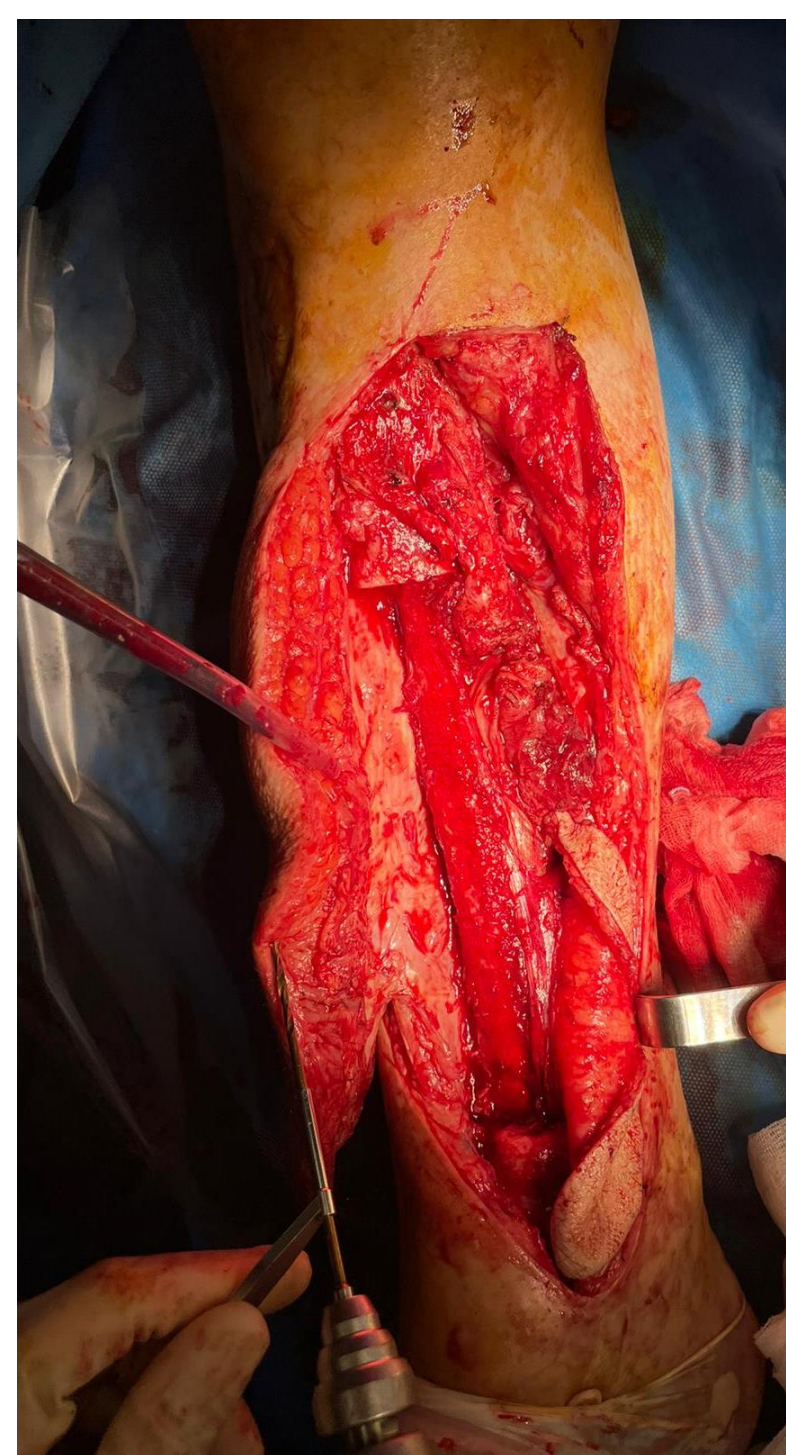
Síntesis mediante enclavado endomedular



Desbridamiento y espaciador de cemento



Defecto óseo tibial de 18 cm tras pseudoartrosis



Autoinjerto de peroné vascularizado



Síntesis con placa para estabilización del injerto



Radiografía postoperatoria: síntesis de injerto vascularizado de peroné a tibia y artrodesis tibio-talo-calcánea



RESULTADOS

En el postoperatorio inmediato el paciente sufre una trombosis de la anastomosis del injerto a la tibial posterior, única arteria viable del paciente en ese miembro inferior, por lo que, tras sucesivos intentos de canalización, se termina por realizar una amputación infracondílea.

CONCLUSIONES

El autoinjerto de peroné vascularizado ha demostrado ser una buena opción para la reconstrucción de grandes defectos óseos, donde otras técnicas como la de Maquet o el transporte óseo con método Ilizarov requieren periodos más prolongados de tratamiento y pueden generar complicaciones graves como son las refracturas o maluniones. El autoinjerto presenta unas óptimas propiedades de osteogénesis, osteoinducción y osteoconducción, junto con un menor riesgo de rechazo inmunológico. Además, aporta hueso suficiente para reconstituir la longitud original del miembro afecto con suficiente estabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Migliorini F et al. Strategies for large bone defect reconstruction after trauma, infections or tumour excision: a comprehensive review of the literatura. Eur J Med Res (2021) 26:118
2. Nauth A et al. Critical-Size Bone Defects: Is There a Consensus for Diagnosis and Treatment? J Orthop Trauma Volume 32, Number 3 Supplement, March 2018