

ARTRODESIS DE INTERFALÁNGICA PROXIMAL MEDIANTE FIJADOR EXTERNO EN ARTRITIS SÉPTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANE LARRAZABAL MARURI, PATRICIA JIMENEZ TELLERIA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La artritis séptica de las articulaciones pequeñas de la mano puede ser causada por traumatismo penetrante, ruptura de quistes ganglionares o luxaciones articulares abiertas, entre otros. El tratamiento estándar actual es una combinación de **desbridamiento quirúrgico y antibióticos intravenosos**.

El objetivo es presentar el caso de un paciente con una úlcera crónica infectada en dorso de 2º dedo de la mano al que se le realiza una artrodesis de interfalángica proximal con fijador externo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 56 años en seguimiento en consultas por úlceras de repetición en dedos de la mano debido a **esclerodermia sistémica** de base. A la exploración presentaba úlcera en dorso de 2º dedo con exposición ósea y exudado purulento a la presión.

En las muestras obtenidas creció **Pseudomona Aeruginosa multisensible**.

Ante los hallazgos descritos se realizó tratamiento quirúrgico urgente mediante **exéresis de úlcera cutánea dorsal, osteotomía cabeza de falange proximal y base de falange media y artrodesis de interfalángica proximal mediante 2 agujas kirschner roscadas de 1.2 en falange proximal y otras dos en falange media y fijación mediante dos jeringas de insulina con cementación posterior y control escópico de correcta alineación**.

RESULTADOS

Tras tres días el paciente fue dado de alta manteniendo la extremidad superior derecha con un vendaje algodónado. Tras un mes las heridas tienen buen aspecto, existe correcta alineación de la artrodesis y el fijador se encuentra correctamente colocado.

CONCLUSIONES

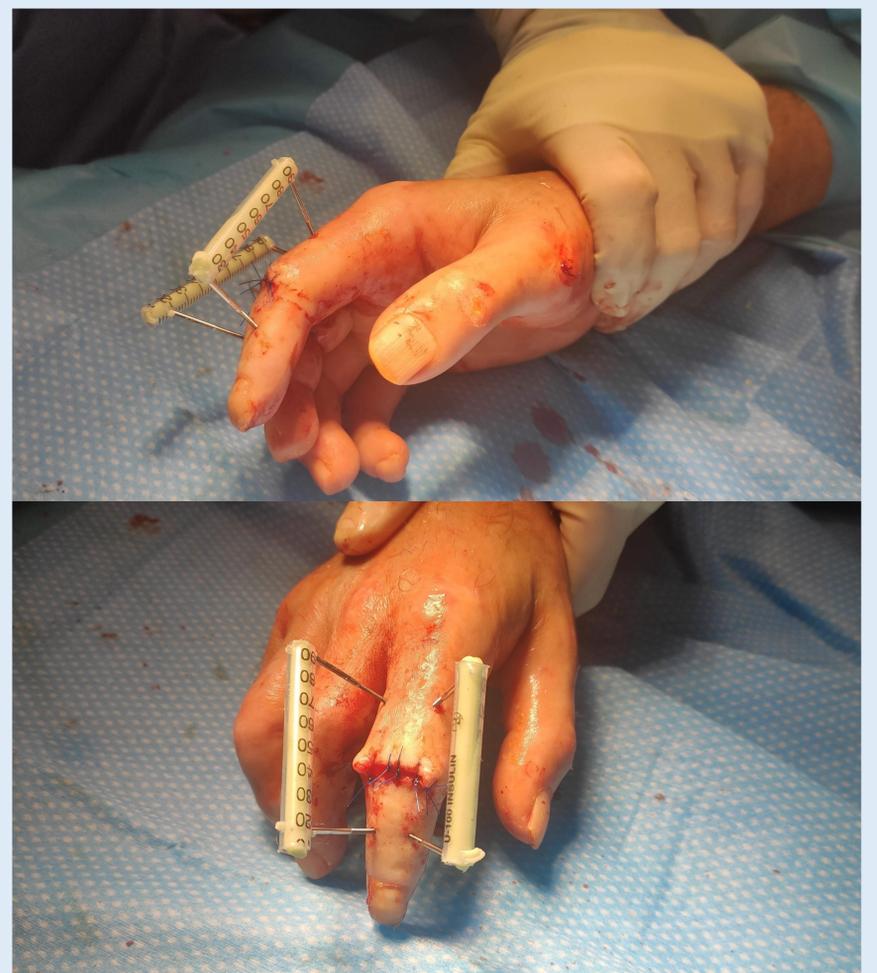
La artritis séptica de las articulaciones es una patología que requiere **diagnóstico y actuación quirúrgica urgente**, mediante desbridamiento quirúrgico y antibióticos intravenosos con el fin de controlar la infección y la destrucción articular.

En pacientes con destrucción articular, presentación tardía u osteoartritis preexistente, el **fijador externo** tiene la ventaja de permitir la colocación de los pines lejos de áreas potencialmente infectadas, reduciendo el riesgo de que la infección se propague a tejidos circundantes y evitando la colocación de un hardware en un territorio infectado.

Asimismo, permite la **fusión de la articulación**, disminuyendo la necesidad de procedimientos adicionales, permitiendo una recuperación más rápida y proporcionando estabilidad al área infectada promoviendo la curación de la infección.



Rx AP + lateral post-intervención quirúrgica (Couceiro, 2022)



Imágenes intraoperatorias del fijador externo constituido por 2 AK en falange proximal y 2 AK en falange media unidas por dos jeringas de insulina cementadas.