

RECONSTRUCCIÓN DE APARATO EXTENSOR DE CODO (FIX AND FLAP)

Reina Rodríguez, C.; Schuller Arteaga, J.A.;
De Sande Díaz, M.; García Hernández, J.M; Rodríguez Sanguino, M.P.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

INTRODUCCIÓN

Las fracturas conminutas articulares abiertas, que presentan pérdida de cobertura añadida son una lesión cada vez más frecuente en nuestro medio. En estos casos la secuencia de actuación desde la atención en urgencias con el control del daños y un correcto desbridamiento amplio de la zona son claves hasta la cirugía definitiva en un segundo tiempo. Una adecuada planificación, así como la correcta coordinación con el equipo de cirugía plástica, son determinantes para alcanzar el éxito.

El tratamiento de este tipo de patología supone un desafío quirúrgico, ya que precisa de lograr un exquisito equilibrio entre el correcto abordaje terapéutico de las partes blandas y las estructuras óseas afectadas, con la finalidad de reconstruir el segmento corporal.

OBJETIVOS

Mostrar el manejo de una afectación masiva de aparato extensor de codo en el contexto de una fractura abierta de olecranon con gran pérdida de stock óseo y cobertura de partes blandas; lo cual condiciona una gran discapacidad.

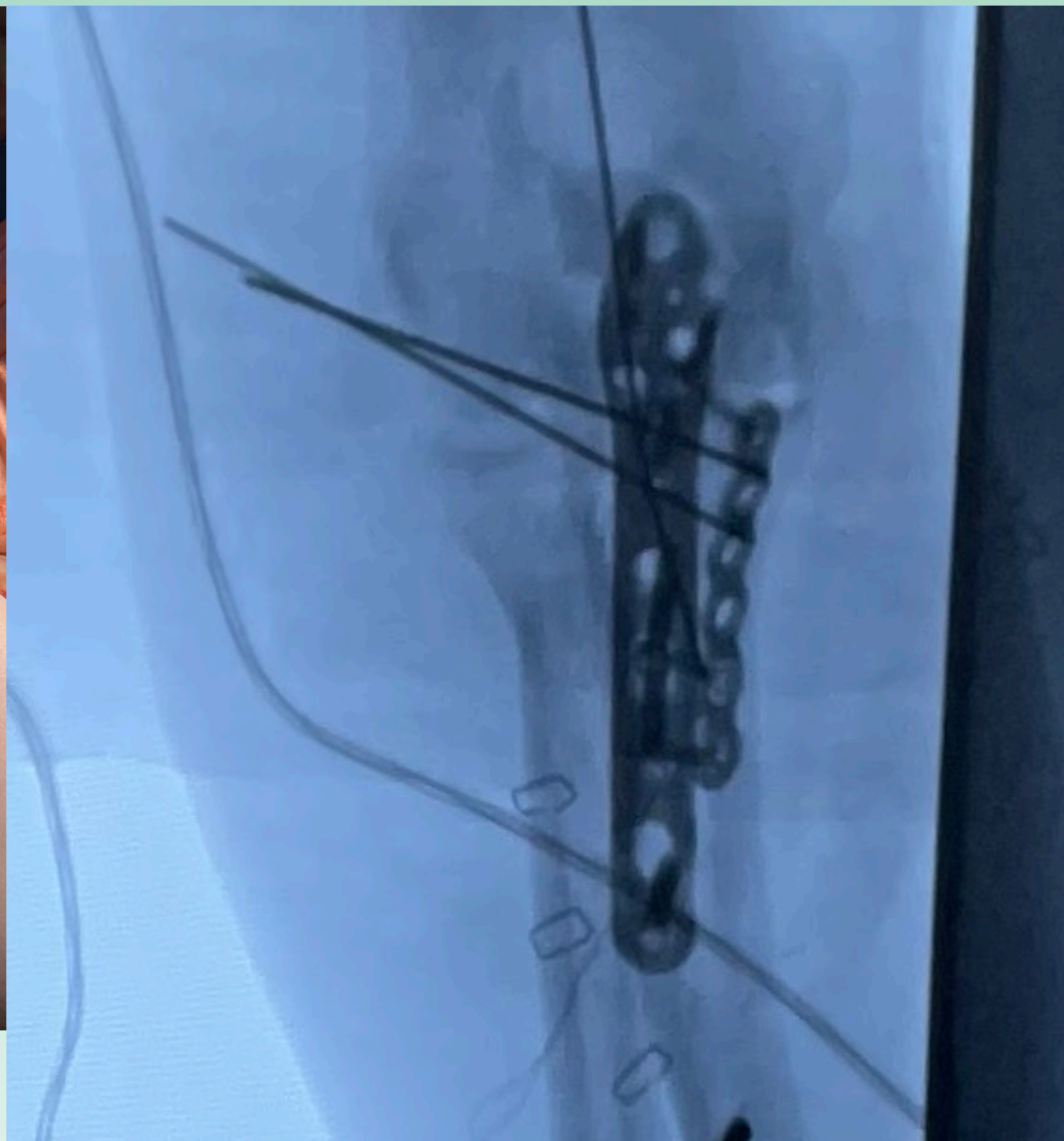
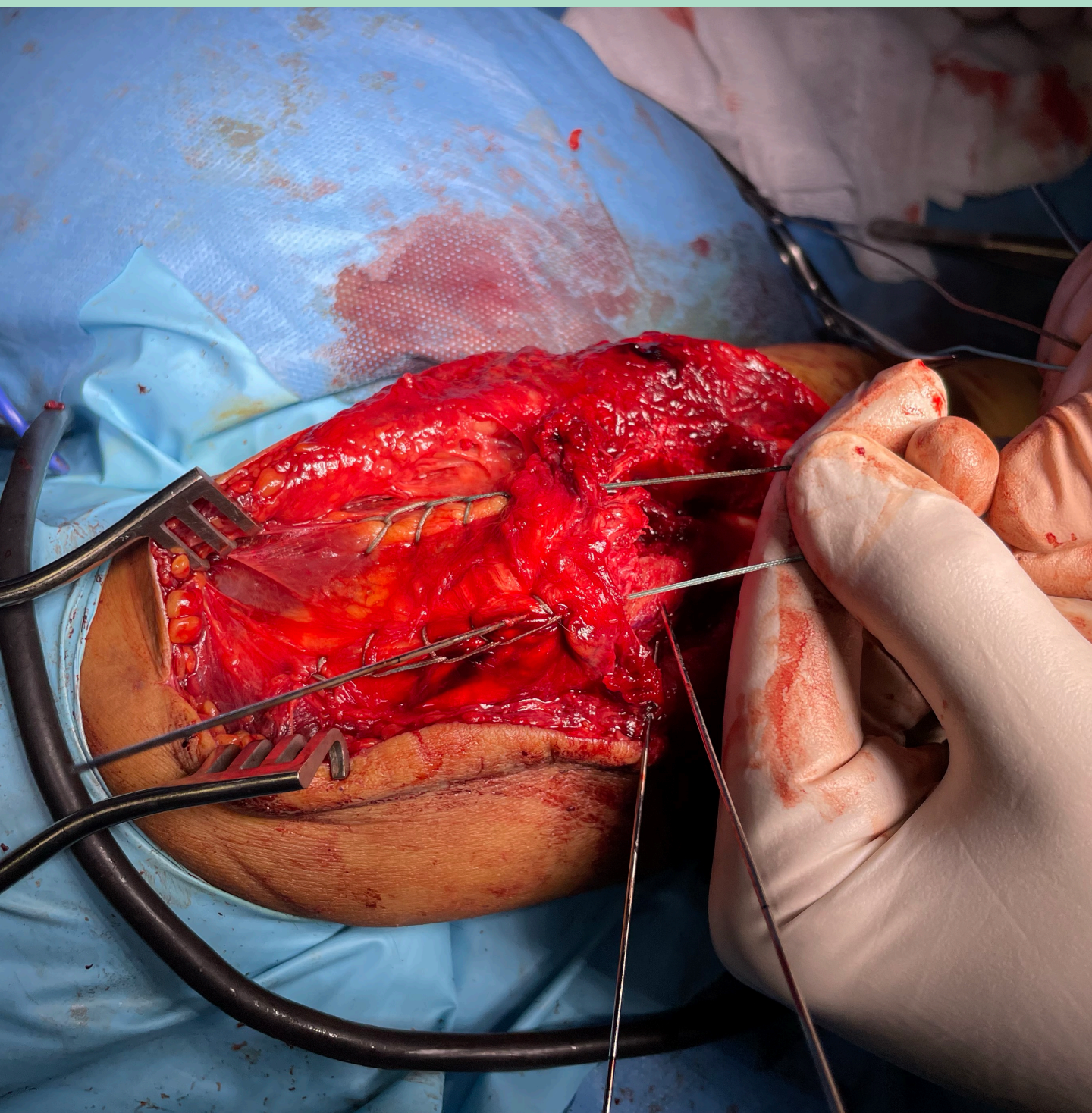
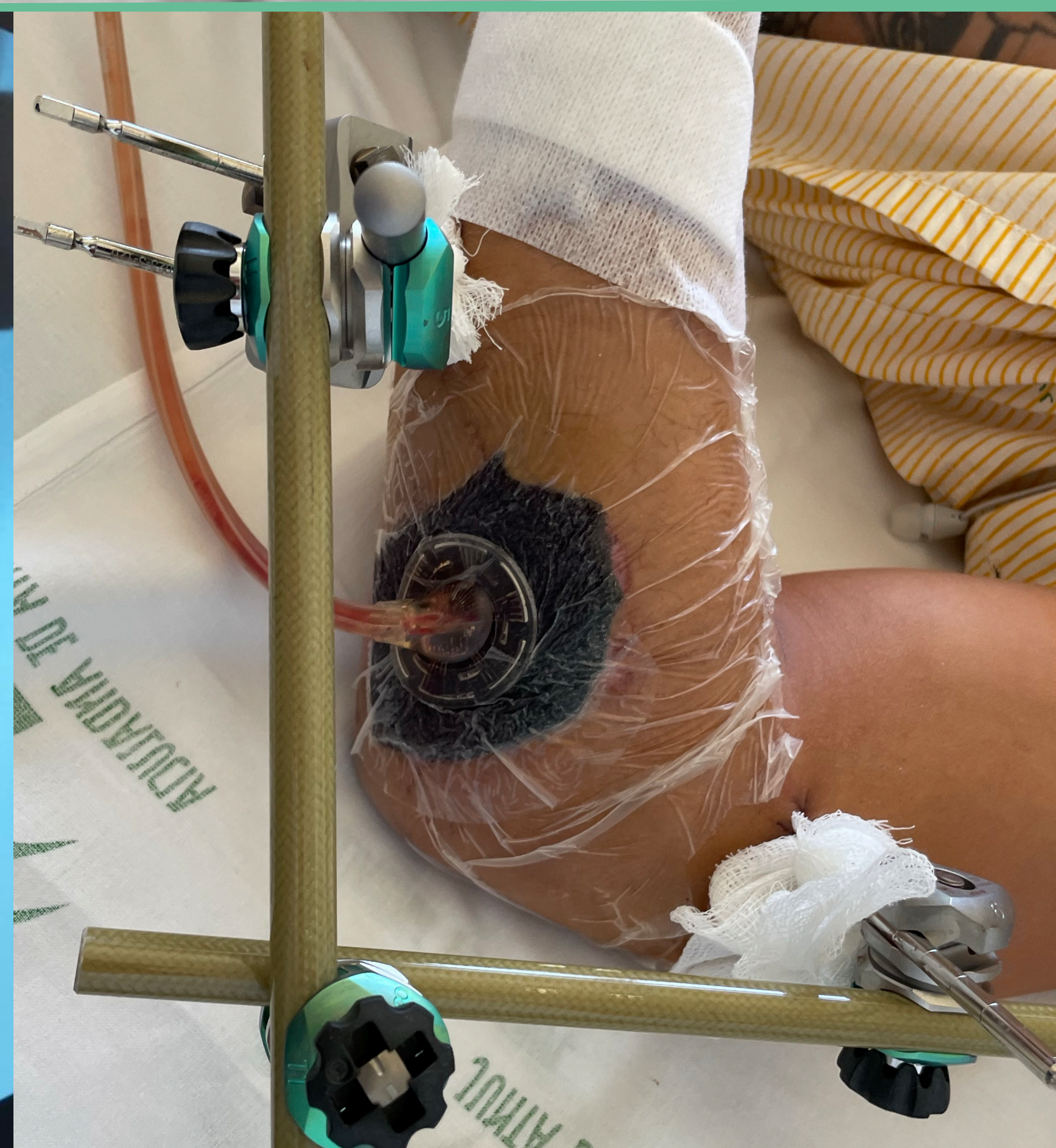
MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 35 años que acude a urgencias tras accidente de motocicleta presentando fractura abierta conminuta de olecranon con pérdida de fragmentos óseos acompañado de pérdida de cobertura en regiones lateral y posterolateral de codo de 5 cm cada una, unidas mediante puente cutáneo que presenta gran sufrimiento vascular. Se realiza control de daños con desbridamiento de tejido desvitalizado y fijación externa de la fractura, se coloca terapia de presión negativa en el defecto cutáneo, clasificando la fractura por tanto como tipo IIIB según la clasificación de Gustilo.

Tras 4 días se realiza cirugía definitiva mediante protocolo Fix and Flap: ante la gran perdida de stock óseo se reconstruye el olecranon con injerto tricortical de cresta tallado, así como con injerto autólogo de hueso medular para el resto del defecto; se compactan los fragmentos mediante uso de matriz ósea sintética absorbible con antibiótico, consiguiendo así la restauración anatómica de la superficie articular. La fijación de la fractura se realiza con placa anatómica así como con el uso de miniplacas para auxiliar la estabilidad del montaje. El triceps braquial se ancla a la placa mediante sutura tipo Krakow. El defecto cutáneo se cubre con colgajo pediculado antebraquial radial. El brazo se inmoviliza con férula braquial que se retira a los dos días para sustituirlo por ortesis articulada bloqueada a 90º, que se va liberando gradualmente hasta la retirada a las 6 semanas.

RESULTADOS

Mediante esta técnica se ha logrado restaurar el aparato extensor de codo, con mantenimiento de la fuerza del miembro y sin inestabilidad. El paciente actualmente presenta un rango articular casi completo, sin limitación para las actividades de la vida diaria.



CONCLUSIONES

Las fractura abierta complejas de codo son un reto debido a la gran discapacidad que provocan, por ello es necesaria una perfecta coordinación con cirugía plástica, una protocolización de la actuación en estos casos y una exquisita planificación quirúrgica.