

Utilidad del fijador circular como tratamiento definitivo en retardo de consolidación por osteosíntesis infectada en pilón tibial



Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

•**Autores:** MARTA LUNA UROZ DE LA IGLESIA; JOSÉ MANUEL RIVERO COLMENAREZ; ADRIÁN HERMENEGILDO SUÁREZ CABAÑAS; MIGUEL MANUEL ANDÚJAR ALEMÁN; FABIO SANTANA BRITO

Objetivos: Las fracturas abiertas son lesiones complejas que afectan tanto al hueso como a las partes blandas circundantes. Los objetivos del tratamiento son prevenir infecciones, lograr la consolidación ósea y recuperar la funcionalidad. Presentamos el caso de un paciente tratado inicialmente mediante cirugía de control de daños y posterior osteosíntesis interna, que sufrió una infección tardía de la osteosíntesis con fístula a los 3 meses.

Material y métodos: Varón de 53 años que tras caída por escaleras sufre fractura-luxación abierta grado II conminuta de pilón tibial con trazo intraarticular y de peroné distal izquierdos, y herida a nivel medial de 4cm, observándose cabo proximal de tendón tibial anterior. Se realizó cirugía de control de daños para limpieza, desbridamiento, reducción y colocación de fijador externo de tobillo en delta. Tras 3 semanas y prueba del pliegue positivo, fue reintervenido para osteosíntesis definitiva con placas anatómicas bloqueadas en tibia y peroné, colocando PICO sobre defecto de partes blandas persistente. Sin embargo, al tercer mes de seguimiento acudió con signos de infección (2 fístulas), realizándose extracción de la placa de tibia y curetaje del foco fibroso. Se tomaron múltiples muestras evitando contaminación cruzada para filiar el microorganismo responsable (*Staphylococcus epidermidis*) e iniciar posterior antibioterapia dirigida con Linezolid, y después levofloxacino durante 2 meses en total. Se colocó espaciador de cemento para cubrir defecto óseo y fijación externa triangular. Por último, 2 meses después se realizó retirada del material, osteotomía peronea proximal, y colocación de fijador externo circular aportando injerto óseo de cortical y esponjosa de cresta iliaca. Tras 4 meses de osteotaxis progresiva en consulta y confirmación de consolidación ósea por TAC, se dinamizó el fijador, retirándolo 1 mes después.



Fig 1-5. Lesión inicial, fijador externo inicial y osteosíntesis definitiva a las 3 semanas.

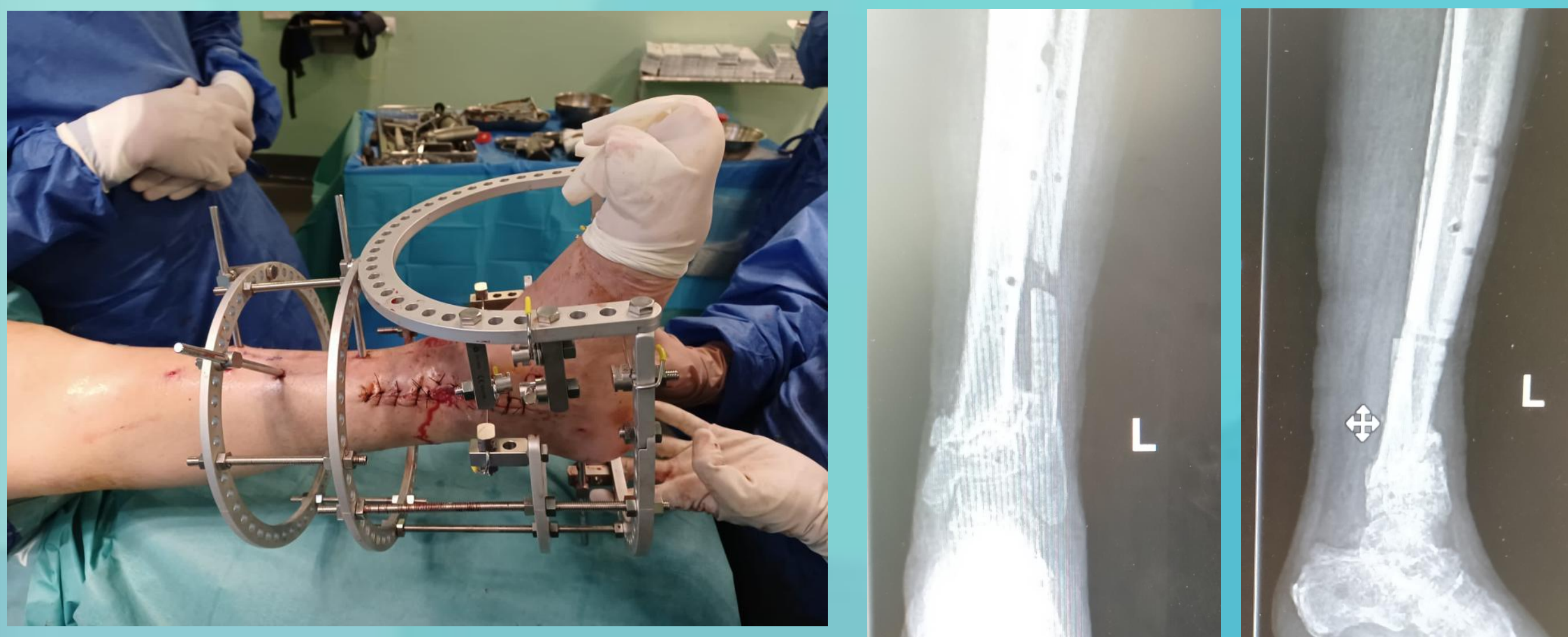


Fig 6-8. Fijador externo circular colocado posteriormente y resultado final.

Conclusiones: Las fracturas abiertas presentan elevado riesgo de infecciones, frecuentemente pese a una correcta actuación según las guías y protocolos. En este caso, se logró abordar el problema realizando extracción del material y desbridamiento, fijación externa asociada a antibioterapia dirigida, y osteotaxis que permitió carga inmediata y resolución final de la complicación.

Resultados: El paciente se encuentra actualmente libre de infección, la fractura consolidada, y deambulando sin dolor, con rango de movilidad del tobillo restringido aunque funcional.