

Contribución al tratamiento quirúrgico de la pseudoartrosis infectada de tibia

E. Jordá López

Jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital de la Cruz Roja de Palma de Mallorca.
Publicado en Revista de Ortopedia y Traumatología. Edición Ibérica, vol. 10 1B, fasc. 1º, págs. 355-60, 1966.

Dadas las gravísimas complicaciones que encierra la infección de una fractura abierta, o la infección quirúrgica de una fractura cerrada y de modo especial en la tibia, hemos creído interesante el publicar esta nota sobre el tratamiento quirúrgico de la pseudoartrosis infectada de la tibia. Nos ha movido a ello la comprobación de los resultados, ya que han transcurrido más de tres años desde que se intervinieron, no han aparecido nuevos fenómenos infecciosos, ni nueva supuración y se ha mantenido el resultado funcional.

TÉCNICA

Se interviene bajo anestesia general y manguito neumático. Localmente se protege por paños estériles la pérdida de sustancia cutánea y todo el miembro por jersey estéril. Abordaje del peroné por su cara posteroexterna (fig. 1). Desperiostización de las porciones del peroné correspondientes a los fragmentos superior e inferior de las porciones del peroné correspondientes a los fragmentos superior e inferior de la pseudoartrosis. Por medio de broca o mecha larga y de unos 5 mm. de diámetro se labran cuatro trayectos, que partiendo de la cara posteroexterna del peroné alcancen la cortical tibial en su cara anterointerna. La dirección es oblicua, unos 20-30 grados con respecto a la horizontal, de abajo arriba en las correspondientes al fragmento superior de la pseudoartrosis, y de arriba abajo en los correspondientes al fragmento inferior. Con una lima cuadrangular se agranda el orificio, dándole forma rectangular, de unos 15 mm. de alto y unos 8-10 mm. de ancho. Se obtiene injerto tibial, de la pierna sana, lo más ancho posible, unos 3 cm. y una longitud de unos 12 cm. Por sierra eléctrica se obtienen cuatro fragmentos de unos 6 cm. de longitud y 1,5 cm. de anchura. Se introducen por los orificios del peroné y se encastran en la tibia por precursor (figs. 2 y 3). Sutura por planos. Aspiración continua a lo REDON. Inmovilización en calza de escayola.

CASOS

M. C., cuarenta y nueve años, casado. Fractura abierta de tibia y peroné I. Fijación por varios tornillos. No se obtu-

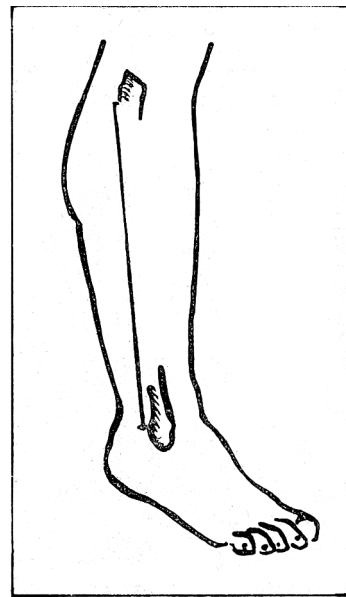


Figura 1. Incisión.

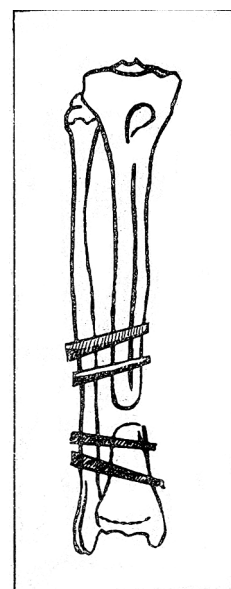


Figura 2. Colocación injertos.

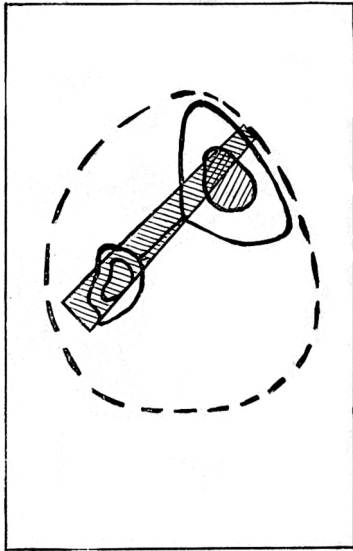


Figura 3. Colocación injertos.



Figura 5. Consolidación injertos.



Figura 4. Caso 1. Preoperatorias.



Figura 6. Curación pseudoartrosis.

vo un sólido montaje del foco. Infección. Varios tratamientos: limpieza quirúrgica, secuestrectomía, perfusión continua y aspiración con antibióticos, Grafensteiner, etc. A los veinticinco meses de la fractura, 30-III-1962., injertos peroné-tibiales supra e infraocables (fig. 4). "Rg. preoperatoria", 28-X-1962. Consolidación de los injertos (fig. 5). 3-V-1965. Se mantiene la solidez del foco, se ha conservado cerrada la herida, aseado el foco y rellenado la pérdida de sustancia ósea (fig. 6).

J.M.S.A., treinta y ocho años, casado. Fractura de tibia y Peroné I. Enclavado intramedular incorrecto. Infección. A los veinte meses de la fractura y después de múltiples intentos

para asear el foco, es intervenido el 8-I-1962 de injertos peroneotibiales (fig. 7). "Rg. preoperatoria", 8-XII-1964. Consolidación de los injertos (fig. 8A y 8B). 3-VI-1965. Se mantiene la consolidación, a pesar de un nuevo traumatismo; la pérdida de sustancia cutánea se halla cicatrizada, y la pérdida de sustancia ósea se halla colmada casi por completo (fig. 9).

COMENTARIO

Creemos que gracias a este método se han conseguido los siguientes resultados:

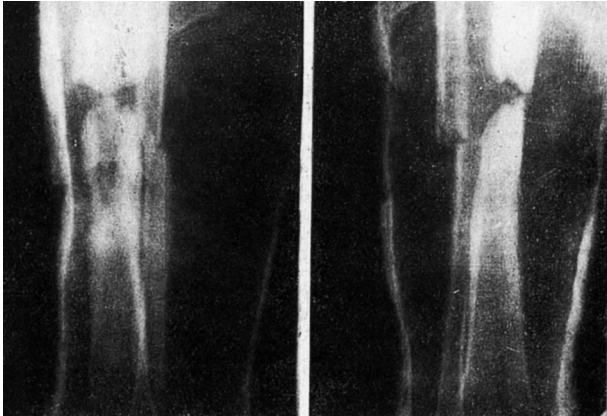


Figura 7. Caso 2. Preoperatorias.

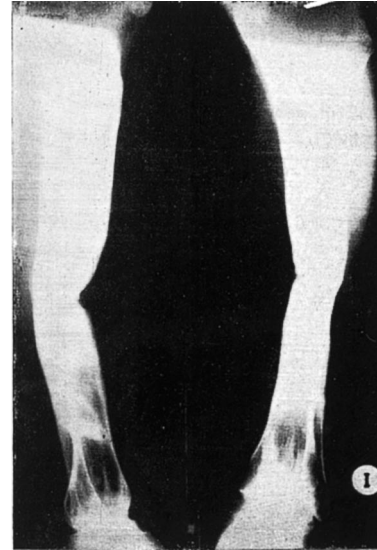


Figura 9. Curación pseudo-artrosis.

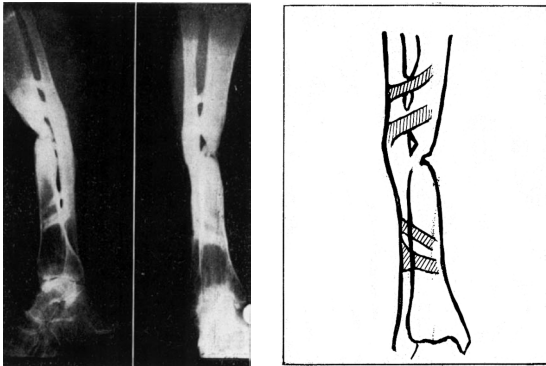


Figura 8A. Consolidación injertos.
Figura 8B. Callo-consolidación.

1. El reposo mecánico del foco.
2. El revitalizar los extremos óseos con los injertos frescos.
3. El poder intervenir alejados del foco infectado.

4. El vencer la infección gracias a la inmovilización de la pseudoartrosis.

5. Sin querer asentar la consolidación, que nosotros radiográficamente creemos que sí se ha conseguido, el mayor desarrollo de la diáfisis peroneal ha contribuido a dar lugar a un miembro útil, potente y sólido.

RESUMEN

Por el método propuesto, injertos peroneotibiales múltiples, se pretende a la vez tratar la pérdida de sustancia ósea y la infección, ya que la consolidación de los injertos da solidez al miembro y el reposo mecánico favorece la curación de la infección. Su ventaja primordial radica en que se opera a distancia de la zona infectada.