
Comentario

El tratamiento de las pseudoartrosis infectadas de tibia sigue siendo un problema de difícil solución. Como en los casos descritos en la publicación, hoy también se atienden pacientes en los que persiste la falta de consolidación y la infección meses después de producirse la fractura.

La técnica descrita por el autor se basa en conceptos que permanecen vigentes como principios básicos del tratamiento: la estabilización del foco de pseudoartrosis y el aporte de injerto óseo. Según esta técnica se puentea la pseudoartrosis tibial usando injerto autólogo cortical, aleja-

do del foco infectado y aprovechando el peroné íntegro, y así consigue una sinostosis tibioperonea y estabilidad.

Actualmente el tratamiento típico consiste en una cirugía abierta para desbridar el foco de pseudoartrosis y dejar los extremos óseos en condiciones para la consolidación, se toman muestras intraoperatorias para cultivo e identificación del agente patógeno y así realizar el tratamiento antibiótico más adecuado. La inmovilización preferentemente se realiza mediante fijación externa. El injerto óseo se reservará para su uso en un lecho no infectado, y depen-

diendo de la magnitud del defecto pueden ser útiles técnicas de transporte óseo. En algunos casos será necesario tratar los defectos de partes blandas con ayuda de un cirujano plástico.

Está demostrado que la estabilidad del foco es primordial para la resolución de la infección, y por descontado para la consolidación de la fractura. Las mejoras técnicas con la fijación externa facilita conseguirlo. La técnica de colocación del injerto que plantea el autor se ve suplementada inicialmente con una calza de yeso. Cuando se produce la consolidación de la sinostosis tibioperonea la estabilidad es suficiente para obtener un miembro útil capaz de soportar carga, incluso sin que la fractura tibial consolide, aunque tal y como cree el autor es posible que tras la consolidación del injerto y la resolución de la infección este estímulo biológico, unido al estímulo mecánico de la carga, lleve en casos de mínima pérdida ósea a la consolidación del foco tibial.

El aporte de injerto óseo es esencial, principalmente cuando existe pérdida ósea. El uso de injertos tibioperoneos (injerto tomado de la cresta ilíaca y colocado entre la tibia y el peroné por vía posterolateral, alejados del foco de infección) ha sido descrito por varios autores y es hoy una técnica empleada, aunque sin las particularidades de colocación descritas por el autor. Es importante que el injerto no esté en contacto con la zona infectada, puesto que resultaría ineficaz y favorecería la infección, especialmente si se trata de un injerto cortical.

Es interesante comprobar cómo a pesar de las variaciones técnicas hay ciertos principios del tratamiento que permanecen en el tiempo, porque sus resultados los avalan, siguen vigentes durante décadas y para su cumplimiento surgen mejoras técnicas.

M. Peleteiro Pensado

*Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica A.
Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*