

Transporte Oseo Horizontal

C. MAYA SEGRELLES Y L. ALBERT CORTEL

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario La Fe.. Valencia.

Los grandes defectos óseos del hueso tibial dentro del grupo de Lesiones Complejas consecutivas a traumatismos de alta energía constituyen un verdadero problema en nuestra especialidad. Nuestra meta es restaurar la anatomía del hueso afectado, conservando su longitud y estructura ósea, para que pueda cumplir su finalidad funcional. De las múltiples etiologías de estos defectos óseos, centraremos nuestra comunicación en aquellas lesiones traumáticas que nos vienen con pérdida considerable de sustancia ósea, o bien en aquellos en que el hueso existente es de mala calidad y no reúne las condiciones óptimas para una reconstrucción anatómica adecuada. Entre las diversas técnicas para restablecer la continuidad del hueso, podemos recurrir, en las del primer grupo a reconstrucciones escalonadas mediante aportes óseos osteogénicos con la ayuda de un fijador externo. En la utilización del fragmento óseo recuperado, del propio paciente, conservado transitoriamente mediante ultracongelación o liofilización, hasta poderlo aplicarlo, una vez vencida la infección; siempre con un Fijador Externo para mantener la longitud del hueso afecto. En la utilización de hueso procedente del Banco de Huesos. Incluso utilizando técnicas microquirúrgicas de injertos vascularizados del peroné, de la que no tenemos experiencia.

Para los casos evolucionados, en donde se evidencia un hueso de mala calidad (desvitalizado), y que consideramos difícil su reparación con las técnicas habituales, utilizamos el Transporte Óseo, que consiste en el desplazamiento o transporte de hueso sano con regeneración a nivel de la tracción, tanto en sentido Axial como Horizontal. Del transporte axial no vamos a entrar en detalles, pues ya ha sido expuesto anteriormente. Únicamente comentar que nuestra casuística es de siete casos, siempre con fijadores circulares con buenos resultados, y que en un 80% de los casos no ha sido necesario el aporte de injertos óseos.

En casos excepcionales, y cuando se considera que es más idóneo el transporte horizontal, por las ventajas que se pueden obtener, fundamentalmente el acortar el período evolutivo del tratamiento, que como se sabe es muy largo y molesto para el paciente; y si se dispone de un peroné íntegro, aparentemente vivo y bien vascularizado (condición indispensable para este tipo de transporte), así como también no presentar ninguna invasión cicatricial en las partes blandas de alrededor; su indicación es muy acertada (Fig. 1).

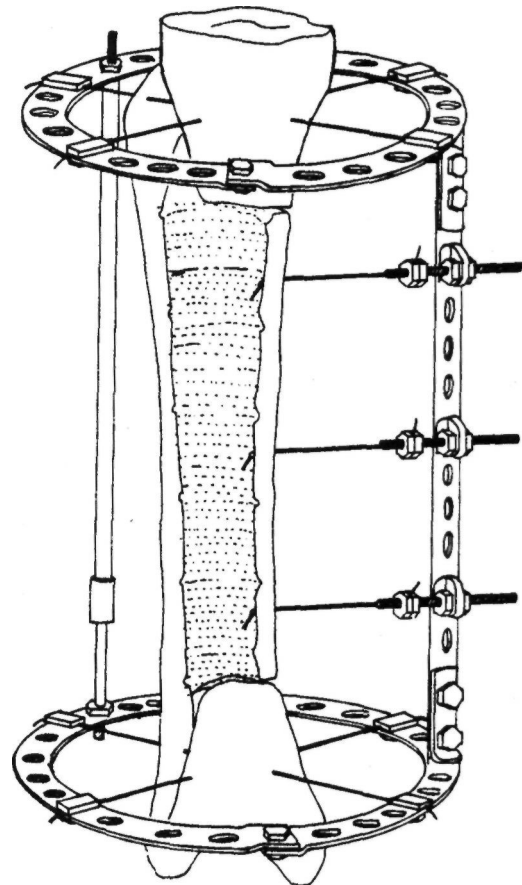


Figura 1. Esquema de la técnica de transporte horizontal para el tratamiento de los grandes defectos óseos segmentarios según Ilizarov.

En el caso que vamos a presentar, disponíamos de un peroné en buenas condiciones, había una pérdida de sustancia ósea de casi once centímetros, y el único inconveniente era la retracción cicatricial de las partes blandas; pero dado que el paciente había sufrido varias intervenciones anteriormente, decidimos aplicar un transporte horizontal, para acortar el período evolutivo del tratamiento, ya que se trataba de una pseudoartrosis tibial de muy mala calidad.

Historia clínica

Paciente de 16 años, que en Agosto de 1988, tras accidente de tráfico fue diagnosticado entre otras lesiones de fractura abierta tipo III de tibia y peroné derecho. Tratado en otro Centro Hospitalario, se practicó de urgencia, Friedrich y Osteotaxis con fijador Orthofix. En su evolución, sufrió varias complicaciones, teniendo que practicarle Fasciotomía por Síndrome Compartimental, varias curas de Trueta, inter-

venciones plásticas (Cross Legg), etc. Al año y dos meses fue remitido a nuestra sección de osteotaxis en el Hospital La Fe, con el diagnóstico de pseudoartrosis infectada de tibia. Tras la retirada del fijador y limpieza quirúrgica, procedimos a un transporte horizontal, que también en su evolución surgieron varias complicaciones, obligándonos a retirarlo al año de su colocación, precediendo a las técnicas convencionales, hasta conseguir su consolidación.

Nuestro transporte horizontal por ser el primero y único por ahora, no ha resultado lo eficaz que pretendíamos, pero si nos ha servido como tutor y receptor para la integración de los injertos óseos que hemos aplicado. También para matizar cuando está indicado y cuando no, sobre todo valorando las condiciones tanto óseas como de partes blandas del paciente a tratar, ya que se trata de una técnica muy problemática y de vigilancia continua.