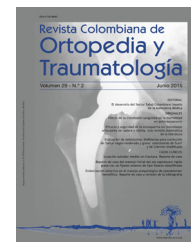




Revista Colombiana de
**Ortopedia y
Traumatología**

www.elsevier.es/rccot



CASO CLÍNICO

Tratamiento de la osteomielitis crónica de tibia: a propósito de un caso y revisión bibliográfica

Adrián Gallego-Goyanes* y José Ramón Caeiro-Rey

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España

Recibido el 1 de febrero de 2016; aceptado el 31 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Osteomielitis crónica;
Tibia;
Enclavado
endomedular a
medida;
Perlas UHMWP

Resumen La osteomielitis es una infección ósea que está disminuyendo en los últimos años desde que se utiliza antibioterapia, por lo que aquellas que se presentan son de difícil tratamiento o aparecen en pacientes de alto riesgo, como los pacientes inmunodeprimidos. El germen que se ve implicado más frecuentemente es *Staphylococcus aureus*. Aquellas se pueden dividir en agudas y crónicas, o en hematógenas y por contigüidad. Presentamos un caso clínico tratado en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), donde se debaten las opciones de tratamiento que actualmente se consideran las más utilizadas. Tras el análisis de los datos obtenidos de la revisión de este caso podríamos sugerir que, ante una osteomielitis crónica en tibia que no evolucionó correctamente con tratamiento conservador con antibioterapia, se debe realizar un tratamiento quirúrgico en dos momentos. En un primer momento, debe erradicarse la infección con antibioterapia sistémica, local, desbridamiento óseo y de partes blandas agresivo, y debe conseguirse estabilidad temporal del segmento afectado. En un segundo tiempo, hay que conseguir una estabilidad definitiva (tras la erradicación de la infección) mediante injertos óseos vascularizados o enclavados endomedulares, y realizar una cobertura cutánea y de partes blandas, preferiblemente con colgajos musculares por la mayor vascularización.

Nivel de evidencia clínica: Nivel IV.

© 2017 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adrian.gallego.goyanes@gmail.com (A. Gallego-Goyanes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccot.2017.01.005>

0120-8845/© 2017 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Chronic osteomyelitis;
Tibia;
Nailing custom-made;
UHMWP beads

Treatment of chronic tibial osteomyelitis: a case report and a literature review

Abstract Osteomyelitis is a bone infection that is declining in recent years since the use of antibiotic therapy, but those that are presented are therefore difficult to treat or occur in high risk patients as immunosuppressed. The most frequently implicated germ is *Staphylococcus aureus*. They can be divided into acute and chronic, or hematogenous and contiguous. We present a case report treated at the Orthopedic Surgery and Traumatology Service (TOC) of the University Hospital Complex of Santiago de Compostela (CHUS) discussing treatment options that are currently considered the most used. After analyzing the data obtained from the review of this case, we could suggest that, in case of chronic tibial osteomyelitis that did not evolve correctly with conservative treatment with antibiotics, A surgical treatment should be performed at two moments. Initially, eradicating the infection with systemic and local antibiotic therapy, aggressive soft tissue and bone debridement, achieve temporal stability of the affected segment. In a second time, to achieve a definitive stability (after eradication infection) by means of using vascularized bone grafts or endomedullary nailing systems in addition to performing a soft tissue coverage preferably with muscular flaps by greater vascularization.

Evidence level: IV.

© 2017 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La osteomielitis es una infección ósea cuya incidencia está disminuyendo los últimos años desde la utilización de antibioterapia, pero aquellas que se presentan son, sin embargo, de difícil tratamiento o aparecen en pacientes de alto riesgo, como pacientes inmunodeprimidos.

El germen que más frecuentemente se ve implicado es *Staphylococcus aureus* aunque también están aumentando por gérmenes menos frecuentes por el mayor número de pacientes inmunodeprimidos. Los factores de riesgo son traumatismos recientes, diabetes, hemodiálisis y drogadicción intravenosa. La edad de mayor incidencia es de 15 a 35 años y las localizaciones más frecuentes son en niños en metáfisis de huesos largos y en adultos en vértebras y pelvis.

Se pueden dividir según la cronología en agudas (<2 semanas) y crónicas (>6 semanas). La osteomielitis aguda ocurre casi siempre en niños. Cuando aparece en adultos, suele ocurrir por estar inmunodeprimido, y tiene la característica de producir alteración importante del estado general, al contrario de lo que ocurre con la crónica, que puede pasar más fácilmente inadvertida. Es muy frecuente que las osteomielitis crónicas deriven de una osteomielitis aguda.

Otra forma de dividir las es, según su patogenia, en hematógenas o por contigüidad.

El sistema de clasificación más utilizado y que nos sirve como guía para su tratamiento es la clasificación de Cierny y Mader. Presenta una clasificación anatómica: tipo I o medular; tipo II o superficial; tipo III o localizada, y tipo IV o difusa. Y una clasificación fisiológica: A o normal (inmunocompetente), B o comprometido, y C o prohibitivo (inmunodeprimido y de alto riesgo). Con estas dos podemos valorar la realización de un tratamiento óptimo para cada paciente.

Sobre el tratamiento de las osteomielitis crónicas que no evolucionan favorablemente con tratamiento conservador

con antibioterapia, la mayoría de los autores recomienda dividirlo en dos momentos. En un primer momento, debe erradicarse la infección con antibioterapia sistémica, local, desbridamiento óseo y de partes blandas agresivo y conseguir estabilidad temporal del segmento afecto. En un segundo tiempo, hay que conseguir una estabilidad definitiva (tras erradicación de la infección) mediante injertos óseos vascularizados o enclavados endomedulares y realizar una cobertura cutánea y de partes blandas, preferiblemente con colgajos musculares por mayor vascularización^{1,2}.

Caso clínico

Varón de 68 años, jubilado y con antecedentes personales de hipertensión arterial con tratamiento y osteomielitis en la infancia con más de 50 años de evolución. Acudió al servicio de urgencias por presentar supuración maloliente y lesión de aspecto ulceroso longitudinal de 10-15 cm a nivel pretibial de la pierna derecha y reacción exofítica blanquecina en su interior (fig. 1). Tras la realización de control analítico, no se puso de manifiesto leucocitosis, una proteína C-reactiva (PCR) de 1,64 mg/dl y una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 20 mm. Se recogió cultivo de la supuración (positivo en el caso de *S. aureus*) y se realizó control radiográfico, en el cual se observó una lesión en el tercio medio de la diáfisis tibial con áreas radiotransparentes y otras esclerosas parcheadas en su interior, que presentaban ligera expansión ósea y pequeña reacción perióstica adyacente en probable relación con la osteomielitis crónica. Tras estos hallazgos, se completó el estudio con tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y gammagrafía ósea, y se realizó biopsia de la lesión exofítica (fig. 1).

En la TC y en la RM se observaron hallazgos compatibles con osteomielitis crónica con datos sugestivos de actividad, colecciones purulentas en el interior del hueso y ulceración

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803068>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803068>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)