

SOCORRO, SE ME HA CAÍDO UN TORNILLO

Sánchez Robles M, Lajara Marco F, Lanagrán Torres A, Díaz Martínez FJ, Morales González I.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La osteomielitis en miembros superiores es una patología rara en nuestro medio. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de osteomielitis de ambos huesos del antebrazo, con osteólisis extensa de cúbito y su resolución mediante cirugía en dos tiempos con aporte de injerto vascularizado de peroné en cúbito.

CASO CLÍNICO

Mujer, 41 años, intervenida en otro centro, consulta por dolor en antebrazo izquierdo, fístula y extrusión de un tornillo, tras 4 meses de evolución.

En la **radiografía** se observa osteólisis.

Los **cultivos** fueron positivos para *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina y gentamicina.

En un **primer tiempo** se realizó la retirada del material, lavado quirúrgico, resección ósea hasta bordes sanos, dejando un **defecto óseo de 10cm** en cúbito, colocando agujas de Kirschner y espaciador con cemento con gentamicina.

En un segundo tiempo se realizó retirada de agujas y espaciador, comprobando estabilidad del radio, y realizado injerto de peroné vascularizado autólogo en el defecto cubital, sin isla cutánea.

La pauta postoperatoria, fue movilidad de mano, muñeca y codo con férula antebraquial y curas semanales.



RESULTADOS

12 meses de evolución:

Buena cicatrización de heridas

No dolor en foco, codo o muñeca ni en zona dadora

Pruebas complementarias: integración del injerto de peroné vascularizado.

Paciente es autónoma para las actividades de la vida diaria. Movilidad funcional. Leve limitación para la pronación de 10° y dificultad para desviación cubital de la muñeca por un cúbito plus iatrogénico.

DISCUSION

Las lesiones en los huesos largos de la extremidad superior que provocan defectos óseos son raras pero potencialmente devastadoras. No existe amplia literatura que aborde el manejo terapéutico de estos casos. Las técnicas más usadas son: el autoinjerto estructural, el transporte óseo, "one-bone forearm" y la membrana inducida. Los resultados son similares pero las indicaciones de cada técnica son diferentes. En el caso de grandes defectos (>6cm) de causa infecciosa la transferencia vascularizada del peroné es el gold standart terapéutico.

CONCLUSIONES

El tratamiento de los defectos segmentarios en antebrazo es un desafío. En defectos grandes (>6 cm), aunque existen nuevas opciones de injertos, el peroné vascularizado sigue siendo el patrón oro, y en nuestro caso por sus características cubrió de forma estable y anatómica el defecto segmentario cubital.

Bibliografía:

1. Dinh P, Hutchinson B, Zalavras C, Stevanovic M. Reconstruction of Osteomyelitis Defects. *Semin Plast Surg.* 2009;23(02):108-18.
2. Houdek MT, Wagner ER, Wyles CC, Nanos GP, Moran SL. New options for vascularized bone reconstruction in the upper extremity. *Semin Plast Surg.* 2015;29(1):20-9.
3. Bumbasirevic M, Stevanovic M, Bumbasirevic V, Lesic A, Atkinson HDE. Free vascularised fibular grafts in orthopaedics. *Int Orthop.* 2014;38(6):1277-82.
4. Ferreira N, Saini AK, Birkholtz FF, Laubscher M. Management of segmental bone defects of the upper limb: a scoping review with data synthesis to inform decision making. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2021 Jul;31(5):911-922.
5. Lê Thua TH, Pham DN, Boeckx W, De Mey A. Vascularized fibular transfer in longstanding and infected large bone defects. 2014; *Mar*;80(1):50-5.