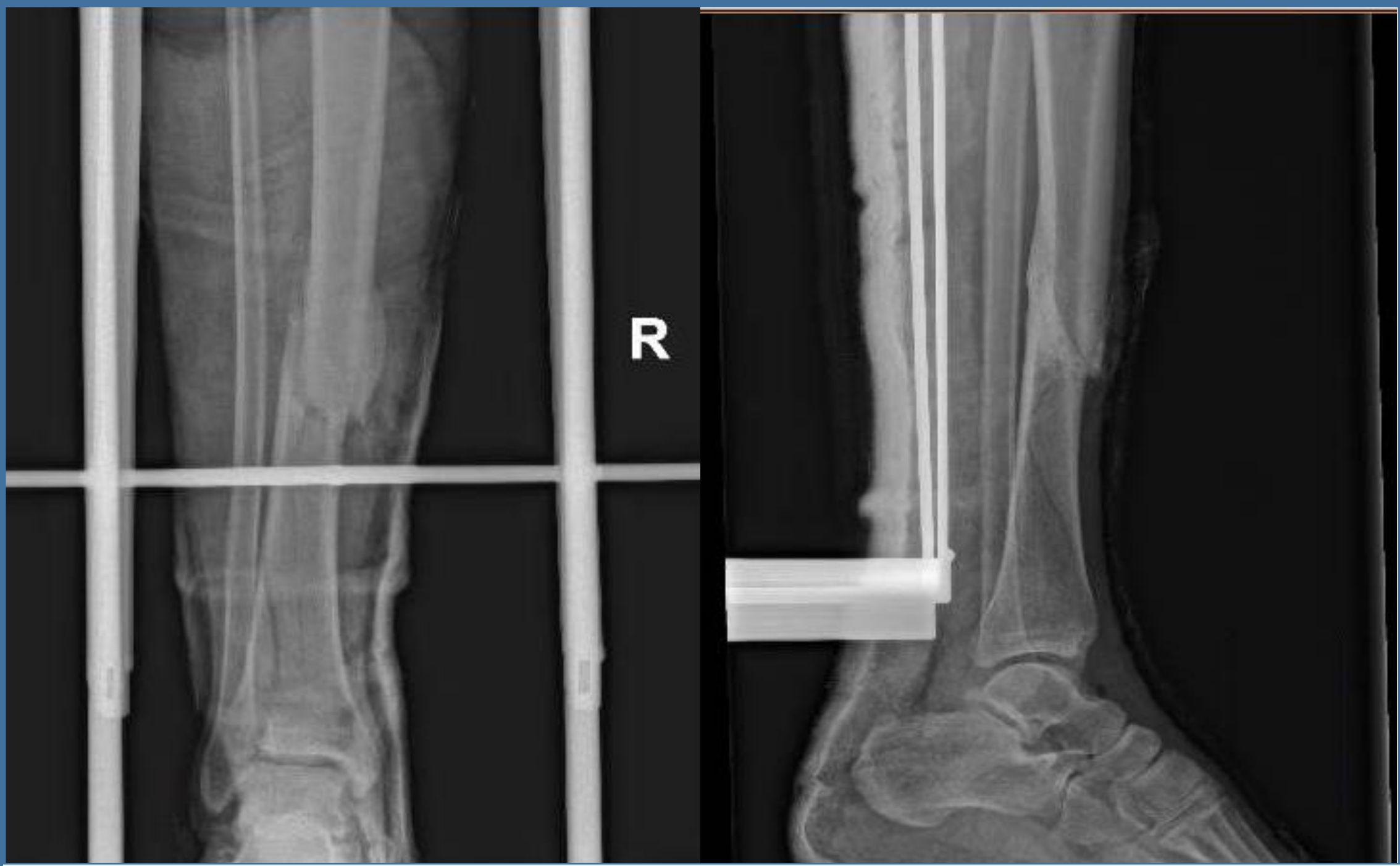


"FIX AND FLAP" EN FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y COLGAJO DE SÓLEO A PROPÓSITO DE UN CASO

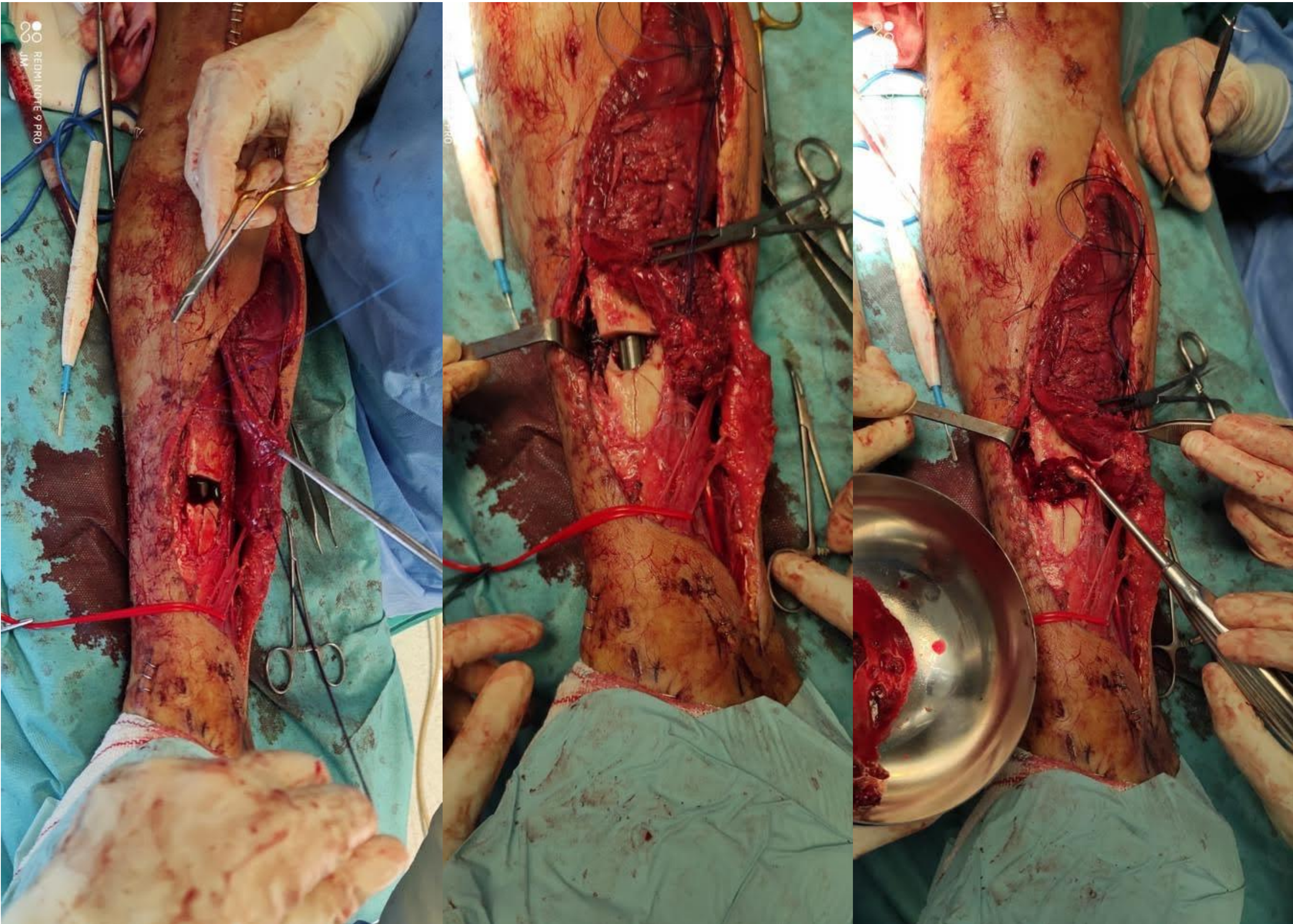
Ruiz-Rico Gómez, J.; López Sorroche, E.; Moral Osuna, M.

OBJETIVOS: Revisión bibliográfica a propósito de un caso de fractura abierta tibial con defecto de partes blandas en paciente joven y activo.

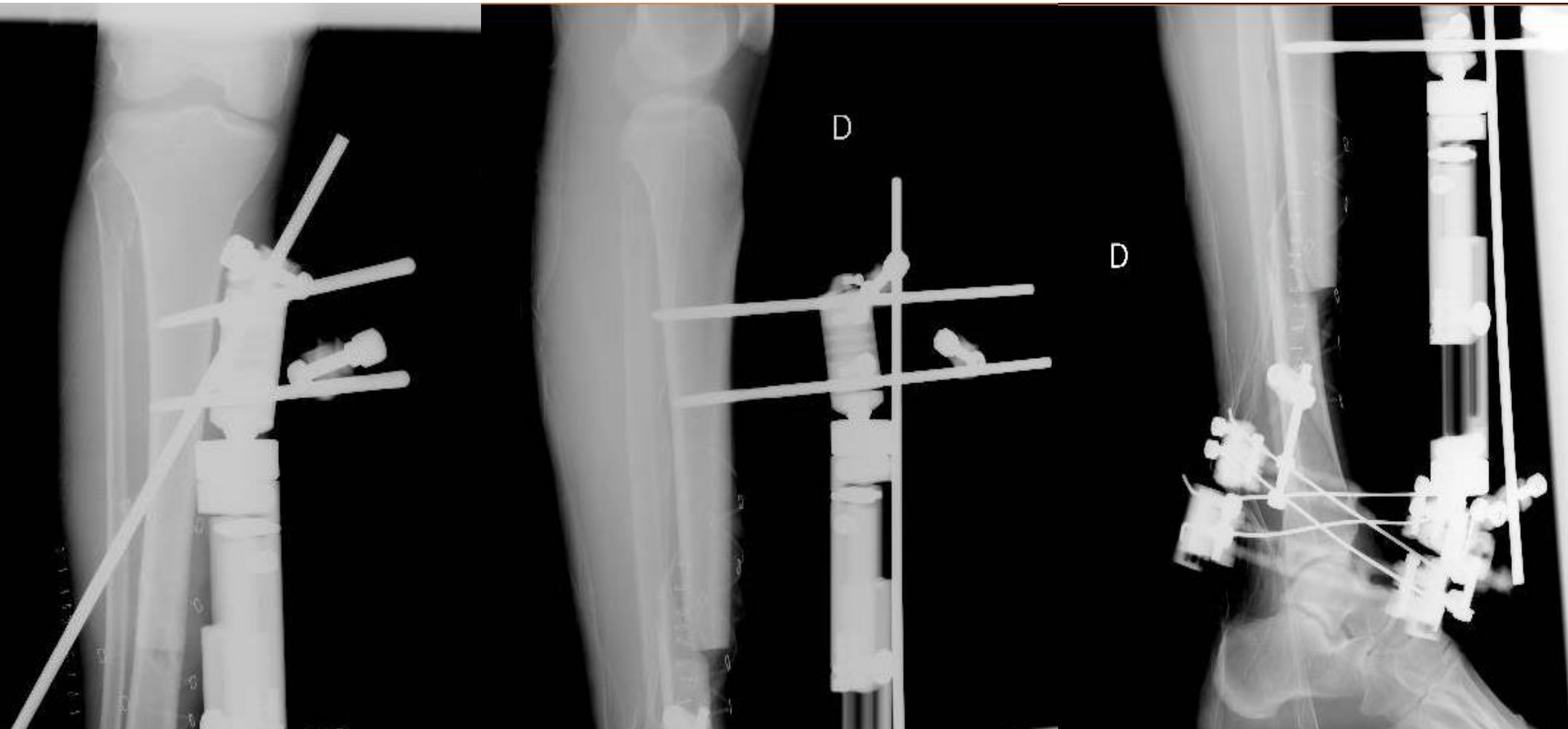
MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 30 años que tras caída presenta **fractura abierta IIIA de Gustilo de tibia derecha** con exposición ósea y herida en cara anteromedial de tercio medio-distal de pierna con severa contaminación, neurovascular distal conservado. Se realiza **lavado y desbridamiento exhaustivo** en quirófano y se implanta **fijador externo** hasta cirugía definitiva; la cual se lleva a cabo a la semana tras varias curas en quirófano. Mediante **abordaje transrotuliano** se realiza **enclavado intramedular fresado de tibia** derecha, **osteosíntesis** con tornillos canulados de rosca parcial en región metafisaria tibial distal y maléolo tibial; mediante **abordaje medial** se obtiene para recubrimiento de defecto anterior en zona pretibial diafisaria, e **injerto cutáneo libre** de zona donante en cara anterior de muslo ipsilateral.



Imágenes radiográficas a la llegada a Urgencias



Imágenes intraoperatorias de extracción de colgajo de sóleo pediculado con sus respectivas perforantes para cubierta de defecto de partes blandas con exposición ósea, relleno de defecto óseo con injerto de esponjosa obtenido del fresado del canal intramedular



Imágenes radiográficas tras fijación externa provisional

RESULTADOS: Durante el ingreso observamos buena evolución del colgajo y función neurovascular, conservando función de **flexor del hallux y Aquiles**; por lo que se decide alta y revisión en consulta al mes. Pasado dicho tiempo, se valora **injerto bien integrado**, implante normosituado, indoloro; indicamos comenzar **carga parcial**, consiguiéndola completa en 3 meses.

Las fracturas abiertas complicadas con pérdida de tejidos blandos presentan un desafío para la práctica clínica, el no recubrimiento propenso de la tibia hace más frecuente la fractura abierta y sus complicaciones. La **conversión de fijación externa en interna y recubrimiento de partes blandas** fue protocolizado por *Gopal* (2), demostrando buenos resultados en 72 horas. El **sóleo** es músculo tipo 2 de *Mathes y Nahai* (1), vascularizado por perforantes distales y un eje dominante vascular proximal (**arteria tibial posterior y fibularis**), utilizado proximalmente como **sóleo, hemisóleo e injerto inverso** para cubrir defectos medianos diafisarios o distales; su **ventaja: no** necesita microcirugía. Se realiza incisión medial longitudinal según el levantamiento del flap, se rota dependiendo de las perforantes relevantes a conservar, con buen grosor y cobertura con injerto cutáneo libre (3). En el postoperatorio es importante evitar compresión, tabaco, e iniciar la fisioterapia cuando el estado óseo y la fractura lo permitan.



Imágenes radiográficas de consolidación de la fractura a los 3 meses, imágenes de balance articular al alta, con buen aspecto de partes blandas y flexo-extension de tobillo y rodilla conservadas

CONCLUSIÓN:

La **fijación y recubrimiento por el sóleo** en la tibia es un procedimiento reproducible y seguro para fracturas complejas abiertas con defecto medio de partes blandas en diáfisis. Los **injertos de sóleo o hemisóleo** tienen buenos resultados por su anatomía vascular, siempre contando con sus variantes anatómicas y el área de defecto a cubrir (2).