

Tratamiento en dos tiempos de osteomielitis crónica del primer metatarsiano y rescate del defecto con autoinjerto de peroné: caso clínico.

Francisco Borja Sobrón¹, Guillermo Sosa¹, María Berta Alonso², Guillermo Parra¹.

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ² Hospital Universitario Infanta Cristina.

Introducción

La sobreinfección tras la cirugía del *hallux valgus* es una de las complicaciones más temidas. Afortunadamente, en raras ocasiones llega a progresar tanto como para desarrollarse una osteomielitis crónica, pero cuando esto ocurre supone un reto para el cirujano ortopédico. Los tratamientos en dos tiempos siguen siendo el patrón dorado para el control de las infecciones óseas crónicas. El uso de autoinjerto estructural permite la reconstrucción del defecto óseo generado, siendo la cresta iliaca la región donante utilizada con mayor frecuencia. Sin embargo, las sollicitaciones mecánicas a las que está sometido el primer metatarsiano hacen que para un defecto masivo de longitud podamos plantearnos otras opciones como el autoinjerto de peroné.

El presente trabajo pretende describir la experiencia en el tratamiento en dos tiempos de un caso de osteomielitis crónica postquirúrgica del primer metatarsiano y la utilización de autoinjerto estructural de peroné ipsilateral.

Material y Métodos

Presentamos el caso de un paciente de 87 años intervenido mediante una osteotomía *scarf* para el *hallux valgus* que, tras un periodo prolongado de mala evolución de la herida quirúrgica, lavados y tratamiento con antibioterapia, acabó desarrollando una osteomielitis crónica amplia del primer metatarsiano. El tratamiento consistió en un primer tiempo de desbridamiento amplio del metatarsiano, la base de la falange y los tejidos blandos con interposición de un rosario de cemento con antibiótico y mantenimiento de la longitud de la columna medial con un fijador externo. Una vez completadas 6 semanas de antibioterapia, se reconstruyó el defecto de 4cm con autoinjerto de peroné y una placa puente medial para conseguir una artrodesis metatarso falángica. La evaluación clínica del paciente se realizó mediante la escala AOFAS de antepié.



Fig. 1: Lesión lítica compatible con osteomielitis crónica del primer metatarsiano. Radiografía anteroposterior del pie derecho.



Fig.2: Primer tiempo de Masquelet con un rosario de cemento con vancomicina, clindamicina y gentamicina. Tras el desbridamiento amplio se mantiene la longitud con fijador externo monolateral. Radiografía anteroposterior del pie derecho.



Fig. 3: Segundo tiempo de Masquelet. Reconstrucción del defecto con autoinjerto estructural de peroné ipsilateral fijado con placa y tornillos de 2,7mm. Radiografía anteroposterior de tibia y peroné. Radiografía anteroposterior del pie derecho.

Bibliografía

1. Giannoudis PV, Harwood PJ, Tosounidis T, Kanakaris N. Restoration of long bone defects treated with the induced membrane technique: protocol and outcomes. *Injury, Int. J. Care Injured* 47S6 (2016) S53-S61.
2. Golz A, Murphy M, Nystrom L, Schiff A. Wide Resection and Iliac Crest Arthrodesis for Multiply Recurrent Giant Cell Tumor of First Metatarsal. *Case Reports in Orthopedics*. 2018; 2018: 4521841.
3. Unal MB, Seker A, Demiralp B, Sahin M, Cift HT, Oltulul I. Reconstruction of Traumatic Composite Tissue Defect of Medial Longitudinal Arch with Free Osteocutaneous Fibular Graft. *J Foot Ankle Surg*. 2016 Mar-Apr;55(2):333-7.

Resultados

El seguimiento del mismo ha sido de 12 meses. Las radiografías de control muestran la progresiva integración del injerto. El paciente deambula sin ayuda técnica y no refiere dolor en la última visita. La puntuación de la escala AOFAS de antepié ha progresado de 18/100 (preoperatoria) a 77/100 al año de la intervención.



Fig.4: Integración del autoinjerto de peroné, tras la rotura de la placa por la rigidez del montaje. Radiografía anteroposterior del pie derecho (8 meses de evolución)

Discusión

La escasez de hueso esponjoso del autoinjerto de peroné se puede ver compensada por las propiedades osteoinductoras de la membrana inducida por el espaciador de cemento. Su diámetro y morfología triangular lo asemejan mucho más a un hueso de carga como es el primer metatarsiano en comparación con la cresta iliaca cuando se afronta un defecto masivo. La osteomielitis crónica del primer metatarsiano con un defecto óseo masivo secundario puede requerir un abordaje en dos tiempos. El autoinjerto de peroné puede ser una alternativa viable ante defectos de longitud de 4cm.