

PIE CATASTRÓFICO. LA EVOLUCIÓN INEVITABLE QUE NADIE DESEABA

Fernando López-Navarro Morillo, Juan Fernando Navarro Blaya, Carlos Navío Serrano, Irene Negrié Morales, Jesús García García, Pablo Rodríguez Sánchez.

Mail: lopeznavarromf@gmail.com

HCUVA
Cirugía Ortopédica y
Traumatología



Introducción y objetivo

Las heridas y las fracturas abiertas son lesiones frecuente que acontecen en el ámbito laboral. Las heridas son más frecuente en el miembro superior mientras que las fracturas abiertas ocurren con mayor frecuencia en los miembros inferiores. El manejo de las fracturas abiertas requiere la participación de un equipo multidisciplinar, ya que en muchas ocasiones se requiere de técnicas específicas para el manejo de las partes blandas y cobertura cutánea.

Nuestro objetivo consiste en exponer el caso de una fractura-luxación de antepie abierta grado III C al caerle encima gran cantidad de cajas en un accidente laboral.

Material y métodos

Presentamos el caso de un chico de 47 años que traído por la UME tras sufrir un accidente mientras trabajaba. A la exploración inicial se evidencia una fractura abierta de antepie, con exposición ósea, palidez de dedos y ausencia de captación de pulso. Se instaura tratamiento analgésico y antibiótico intravenoso.

De manera urgente, se realiza exploración en quirófano, hallando lesiones de tendón extensor común de los dedos, con integridad de la arteria pedia. Se realiza fijación de las fracturas-luxaciones de primer, segundo y tercer metatarsiano con agujas de Kirschner. Tras la valoración por parte de cirugía plástica, se realiza desbridamiento amplio de la piel afectada y se coloca un VAC.

Resultados y discusión

En el postoperatorio inmediato el pie presenta un relleno vascular lento, con hipoestesia en todos los dedos, aunque sin signos infecciosos. Tras una valoración a las 48 horas, con una situación parecida, de escaso flujo distal a la lesión, y al no encontrar con eco-doppler ningún vaso a nivel distal, se realiza una arteriografía, que informa de oclusión de arteria pedia, arco dorsal, arteria dorsal plantar medial y arteria dorsal plantar lateral.

Ante estos resultados y la situación clínica del pie, que 24 horas después comenzó con signos necróticos, se decide realizar amputación a nivel de la articulación de Lisfranc, con correcta cobertura cutánea con tejido plantar, excepto en zona medial por lo que se coloca un VAC.

Para disminuir el riesgo de desarrollar una deformidad en equinovaro, debemos preservar la inserción del músculo peroneo lateral corto en la base del quinto metatarsiano, modificación propuesta por Sanders. En cuanto a la fascia plantar, los mejores resultados se han obtenido cuando se sutura a la cara dorsal del periostio del antepie.

Las principales complicaciones de este tipo de cirugía son la trombosis venosa profunda, hematoma del muñón, infección, síndrome de miembro fantasma, contractura del muñón en flexión y necesidad de reamputar a un nivel proximal.

Para reducir el riesgo, debemos pautar tratamiento anticoagulante, dejar abierta parcialmente la herida para facilitar el drenaje, ser cuidadosos en la técnica quirúrgica, tanto con los componente óseos como con las partes blandas, y manejar el seguimiento del muñón con un equipo multidisciplinar, que incluya personal experimentado en el manejo de curas y heridas complejas..

Conclusión

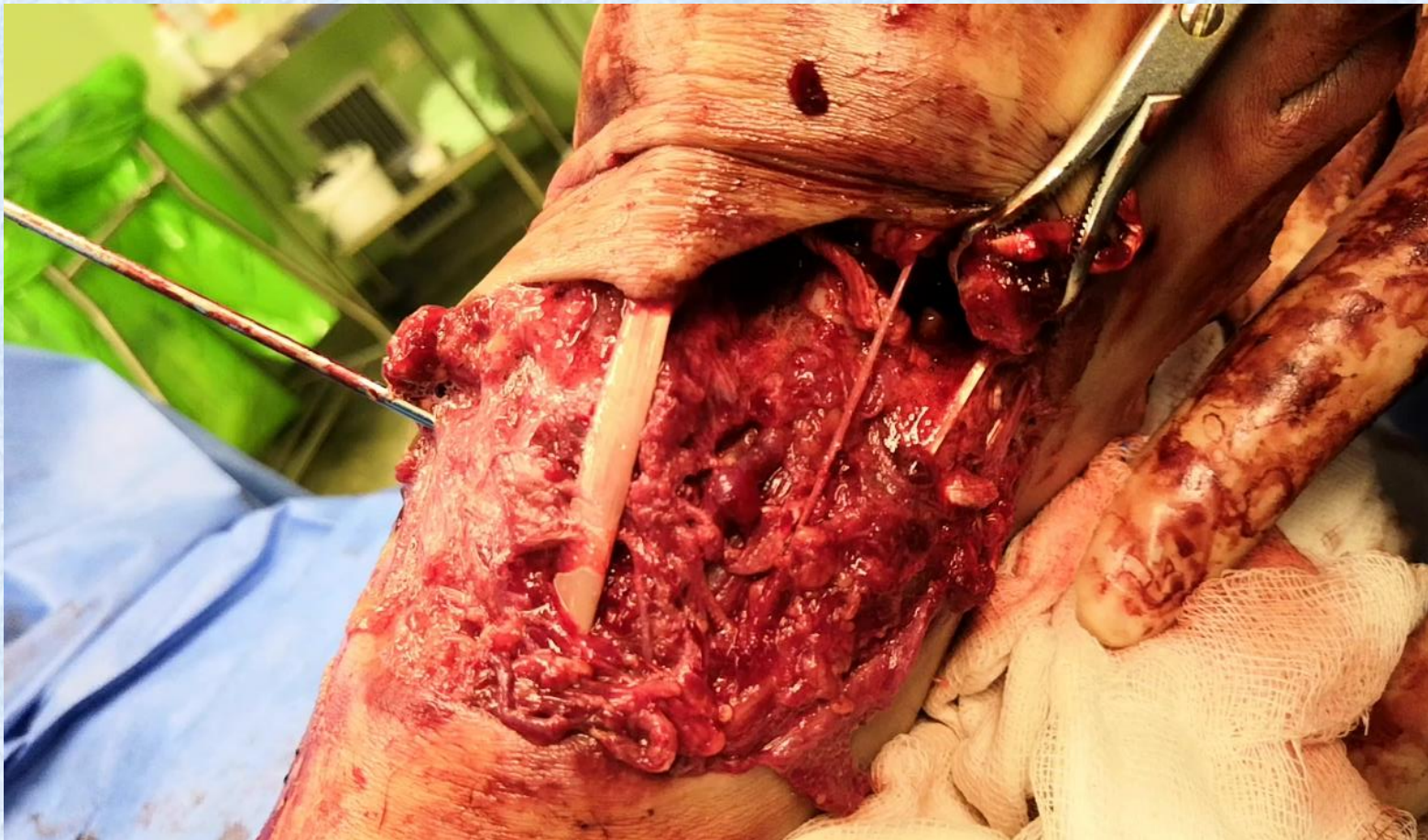
En el manejo de fracturas abiertas con lesión vascular, en las que se ve comprometida la viabilidad de los tejidos distales, no resulta fácil la toma de decisiones. Antes de realizar una amputación se deben realizar estudios complementarios angiográficos, así como descartar la presencia de otros procesos que pueden ser causa de una mala evolución postquirúrgica, como fármacos o infecciones.

En todas las amputaciones, y más aún en las amputaciones del pie y tobillo, se debe prestar una especial atención a la cobertura cutánea, tanto en el momento del cierre como en el seguimiento. Suelen ser pacientes con problemas vasculares y enfermedades sistémicas, en los que no es infrecuente complicaciones como necrosis cutánea, infecciones o dehiscencias.

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a todos los participantes en el trabajo su esfuerzo y dedicación, así como a todo el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Virgen de la Arrixaca, ya que sin su ayuda la resolución del caso no hubiera sido posible.

ICONOGRAFÍA



Bibliografía:

- Sanders LJ. Transmetatarsal and midfoot amputations. Clin Podiatr Med Surg. octubre de 1997;14(4):741-62.
- Bhuvaneshwar CG, Epstein LA, Stern TA. Reactions to amputation: recognition and treatment. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2007;9(4):303-8.
- Edwards JB, Wooster MD, Tran T, Armstrong PA, Moudgill N, Shames ML, et al. Factors Associated With Unplanned Reoperation After Above-Knee Amputation. JAMA Surg. 1 de mayo de 2019;154(5):461-2.
- O'Brien PJ, Cox MW, Shortell CK, Scarborough JE. Risk factors for early failure of surgical amputations: an analysis of 8,878 isolated lower extremity amputation procedures. J Am Coll Surg. abril de 2013;216(4):836-42; discussion 842-844.