

Paciente pediátrico con tibialización perónea por pseudoartrosis de tibia secundaria a osteomielitis.

Coronel Andrade Elizabeth Faviola¹, Rivera Toala Oscar Jefferson¹,
Telenchana Chimbo Paulo Fernando¹, Burbano Zambrano Marco Jamil²

¹Médico de posgrado en Ortopedia y Traumatología. Universidad San Francisco de Quito.

²Médico de posgrado en Ortopedia y Traumatología de la Universidad Estatal de Guayaquil.

PALABRAS CLAVE

Tibia;
Pseudoartrosis;
Osteomielitis

RESUMEN

Los defectos óseos secundarios de la tibia en los niños, por procesos infecciosos como la osteomielitis, representan un reto en su tratamiento ^{1,2}. Históricamente, los defectos en la tibia han sido tratados con un injerto óseo ³. Desde 1983 el uso del injerto autólogo vascularizado con regeneración de los tejidos ha dado resultados favorables ⁴. La forma más eficaz de estimular la osteogénesis se consigue con un injerto autólogo acompañado de una vascularidad óptima y una conexión con los tejidos blandos.

KEYWORDS

Tibia;
pseudoarthrosis;
Osteomyelitis

ABSTRACT

The bone defects of the tibia in children related to infectious processes such as osteomyelitis, represent a treatment challenge.^{1,2} Historically, defects in the tibia have been treated with a bone graft.³ Since 1983 use of vascularized autologous graft, with tissue regeneration has met with favorable results.⁴ The most effective form of osteogenesis is accomplished with an autologous graft accompanied by optimal vascularization and a connection with the soft tissues.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: janny_177@hotmail.com (Elizabeth Coronel Andrade) / Teléfono: +593 42-287310 / +593 98 729 4624.

Hospital Roberto Gilbert

Rev. Ecuat. Pediatr. 2019; 20 (1); 60 - 62

INTRODUCCIÓN

En los niños los defectos óseos secundarios de la tibia, debidos a los procesos infecciosos como la osteomielitis, representan un reto en su tratamiento ^{1,2}. Históricamente, los defectos en la tibia han sido tratados con un injerto óseo ³. Desde 1983 el uso del injerto autólogo vascularizado con regeneración de los tejidos ha dado resultados favorables ⁴. La forma más eficaz de estimular la osteogénesis se consigue con un injerto autólogo acompañado de una vascularidad óptima y una conexión con los tejidos blandos ⁵.

La osteomielitis presenta dos serias consecuencias para el paciente: la primera es que la infección destruye el hueso, lo cual debilita la estructura ósea y, por tanto, afecta a la estabilidad del hueso; la segunda consiste en que la erradicación del germen es extremadamente difícil en el hueso. Los organismos patógenos pueden llegar al hueso a través de diferentes vías: hematógena, directa o por contigüidad. La primera es la más frecuente en el niño ^{7,9}.

A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, esta enfermedad continúa siendo



Figura 1: Consolidación del peroné con bordes distales de la tibia.

una causa de morbilidad en los niños. Ocurre en 1 de cada 5000 niños, un tercio de los cuales son menores de 2 años y más de la mitad son menores de 5 años; es, generalmente, más frecuente en los varones, con una relación de 1:1.5; de acuerdo con la población, no siempre es evidente esta diferencia. Se afectan sobre todo los huesos largos de las extremidades inferiores, siendo las dos localizaciones más frecuentes el fémur distal y la tibia proximal, así como también el húmero y la pelvis.

Pese a todo, tiene un pronóstico incierto en el que no se excluye el fallecimiento del paciente; en otros casos deja secuelas a largo plazo, que van desde las cicatrices y el acortamiento o deformidad de las extremidades hasta la pérdida del miembro afectado y la consecuente incapacitación permanente de la persona. Por tal motivo, en nuestro paciente se procedió a corregir quirúrgicamente el defecto óseo producido por la osteomielitis, realizando una tibialización perónea y se pudo demostrar la consolidación del peroné con bordes distales de la tibia (Figura 1)

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 9 años de edad, que aproximadamente dos años atrás sufrió una contusión de la pierna izquierda, habiendo sido "sobado" por el curandero, luego de lo cual presentó una osteomielitis de la tibia izquierda, que dejó secuelas de pseudoartrosis atrófica de la tibia, con limitación para la marcha; por lo tanto, se decide, con la aprobación de los familiares, realizar una tibialización perónea. (Figura 2)



Figura 2a, 2b: En rx ap y lateral de pierna izquierda se ve la consolidación de la tibia con el peroné.

DISCUSIÓN

La incidencia anual de la osteomielitis en el niño en los Estados Unidos es de aproximadamente 15 000 nuevos enfermos al año. En nuestro medio es muy frecuente la diseminación por la manipulación inadecuada de los traumatismos, como sucede en el caso de los terapeutas empíricos, conocidos como "fregadores o curanderos". En estos casos nos referimos a la mecánica de la fricción que produce calor, con una consecuente vasodilatación del área afectada, lo que facilita la diseminación bacteriana sumada a un procedimiento realizado sin medidas adecuadas de asepsia.

El cartílago de la fisis es prácticamente avascular y protege parcialmente la extensión a la epífisis; sin embargo, en los niños menores de 18 meses existen vasos transfiarios que pueden permitir el paso de la infección a la epífisis y al espacio articular. Una de las complicaciones posteriores es la pseudoartrosis de la tibia, que es lo que ocurrió con nuestro paciente, por lo que se decidió realizar una tibialización perónea obteniendo una buena osteointegración.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FINANCIAMIENTO

Propio de los autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karaharju E. "Distraction bone healing". Clin Orthop. 1993; 297: 38-43.
2. Eldridge J. "Problems with substantial limb lengthening". Orthop Clin North Am. 1991; 22: 625-31.
3. Aronson J. "Preliminary studies of mineralization during distraction osteogenesis". Clin Orthop 1990; 250: 43-9.
4. Christian EP. "Reconstruction of large diaphyseal defects, without free fibular transfer in Grade IIIB tibial fractures". J Bone Joint Surg Am. 1989; 71a (7): 994-1004.
5. Meffert R. "Distraction osteogenesis after acute limb shortening for segmental tibial defects". J Bone Joint Surg Am. 2000; 82 (6): 799-808.
6. Aronson J: "Current concepts review limb lengthening, skeletal reconstruction, and bone transport with the Ilizarov method". J Bone Joint Surg Am. 1997; 79-a (8): 1243-58. 7.
7. Rasool MN. "Primary subacute hematogenous osteomyelitis in children". J Bone Joint Surg. 2001; 83 (1): 93-8.
8. Morrissy RT. "Bone and joint sepsis". En: Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. 4 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 579-618.
9. Song KM, Sloboda JF. "Acute hematogenous osteomyelitis in children". Am Acad Orthop Surg. 2001; 9 (3): 166-75.