

# LESIÓN DEL PIE POR DISPARO DE ESCOPEA DE CAZA: SUSTITUCIÓN ÓSEA CON INJERTO ILÍACO TRICORTICAL EN DOS TIEMPOS

Dr. José Villalón Ogáyar

Hospital San Agustín. Linares (Jaén)

Dr. José Antonio Álvarez Tovar

Hospital Neurotraumatológico Princesa de España. Jaén

Dr. Marcos Moreno Sáiz

Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén)



**Paciente varón de 54 años, agricultor y cazador de afición , que sufre accidente de caza por disparo de escopeta de caza fortuito en el pie. Acude a nuestro Hospital presentando las lesiones óseas radiográficas que se detallan en las pruebas de imagen. Las partes blandas tenían importante afectación pero nos sirvieron para la cobertura. La mayoría de los perdigones se desplazaron a la región plantar y no se extrajeron.**



## **Tratamiento de urgencia y primer tiempo de reconstrucción**

Realizamos desbridamiento y limpieza quirúrgica, alineación con agujas de Kirchner de las fracturas de los 4 metatarsianos, sintetizamos la primera cuña luxada al escafoides tarsiano. Utilizamos un fijador externo con una barra AO con un pin desde la falange proximal del dedo gordo al astrágalo, con el fin de no perder la distancia para un tiempo posterior de reconstrucción ósea, que teníamos la esperanza de poder conseguir ya que se salvó la epífisis distal del primer meta.



## 2º tiempo de reconstrucción ósea

Una vez cicatrizadas las partes blandas, por segunda intención, con tejido de granulación de buena calidad y sin precisar procedimientos plásticos de cobertura cutánea, realizamos la extracción de un injerto tricortical de cresta ilíaca fijando con una aguja falange proximal del dedo gordo, epífisis distal del primer meta, injerto, primera cuña y escafoides.



## Evolución

Tras varios meses se obtiene la consolidación del injerto a la epífisis distal del metatarsiano, pero en la evolución tardía, presenta una fístula en el dorso del pie. En la Rx aparece un foco de osteítis sobre el injerto. Realizamos curetaje en un primer tiempo y posterior antibioterapia oral. En una intervención posterior rellenamos el defecto óseo con injerto extraídos de la epífisis tibial homolateral.

El enfermo tras tres años de seguimiento de la lesión presenta apoyo plantígrado y relativamente indoloro con plantillas y calzado a medida, a pesar de la desalineación metatarsal y el primer metatarsiano corto .

# CONCLUSIONES

- No debemos ser radicales en el tratamiento de urgencia de algunas lesiones, ya que a veces podremos conseguir un tratamiento de reconstrucción original en un segundo tiempo.
- Trabajar en regiones anatómicas con graves lesiones de partes blandas predispone a una infección que puede deteriorar el resultado final.
- La pérdida ósea puede exigir varias intervenciones hasta lograr un resultado aceptable.