

PUNTUACIÓN ELEVADA EN ESCALA MESS, ¿AMPUTACIÓN O RECONSTRUCCIÓN?

Ávila López C., Valverde Herreros M.L., García Vega M., Herrero Sierra V., Occhi Gómez B., Rico Villoras A.M.
H. U. Puerta de Hierro

Introducción

La amputación o reconstrucción de un miembro gravemente traumatizado continúa siendo una de las decisiones más difíciles. Una de las escalas más utilizadas para valorar la necesidad de amputación es la Mangled Extremity Severity Score (MESS). Considera la edad, las lesiones óseas y de partes blandas, isquemia y tiempo de la misma y el estado hemodinámico. Dadas las nuevas técnicas de reparación ósea, vascular, nerviosa y de partes blandas, se plantea que la escala continúe siendo útil en la orientación a seguir.

Nuestro objetivo es presentar un caso con buena evolución pese a tener una puntuación elevada en la escala MESS.

Material y métodos

Varón de 59 años que sufre atropello en Uganda hace 48 horas, quedando atrapada la extremidad inferior derecha. Los médicos locales le intervinieron de urgencia para la colocación de un fijador externo por fractura abierta Gustilo IIIB de tibia y peroné derechos y le administraron antibioterapia con ceftriaxona y gentamicina.

A su llegada al H. Puerta de Hierro, mal aspecto de las heridas (distal a hueso poplíteo y anterolateral hasta maléolo). Puntuación en la escala MESS de 9 puntos. Se evidencia mediante angioTAC permeabilidad de estructuras vasculares. Se decide lavado de las heridas de forma urgente y cobertura de foco de fractura. Se continúa tratamiento empírico con cefazolina, gentamicina y clindamicina iv.

Se realizan sucesivos lavados y desbridamientos y cura con VAC Instill. Se aísla en los cultivos *Acinetobacter baumannii* multirresistente y *Enterococcus Faecalis* y se modifica antibioticoterapia a tobramicina, colistina y tigeciclina iv. Pese a ello, evolución tórpida con fiebre y aumento progresivo de los parámetros de infección. Aspecto desvitalizado de fragmento proximal de tibia. Se valora amputación junto con cirugía plástica y se descarta por el momento. Refrescado de hueso desvitalizado y cobertura con colgajo de dorsal ancho. Dada la buena evolución se decide retirada de fijador, enclavado intramedular de tibia anterógrado con clavo Trigen y cobertura cutánea.

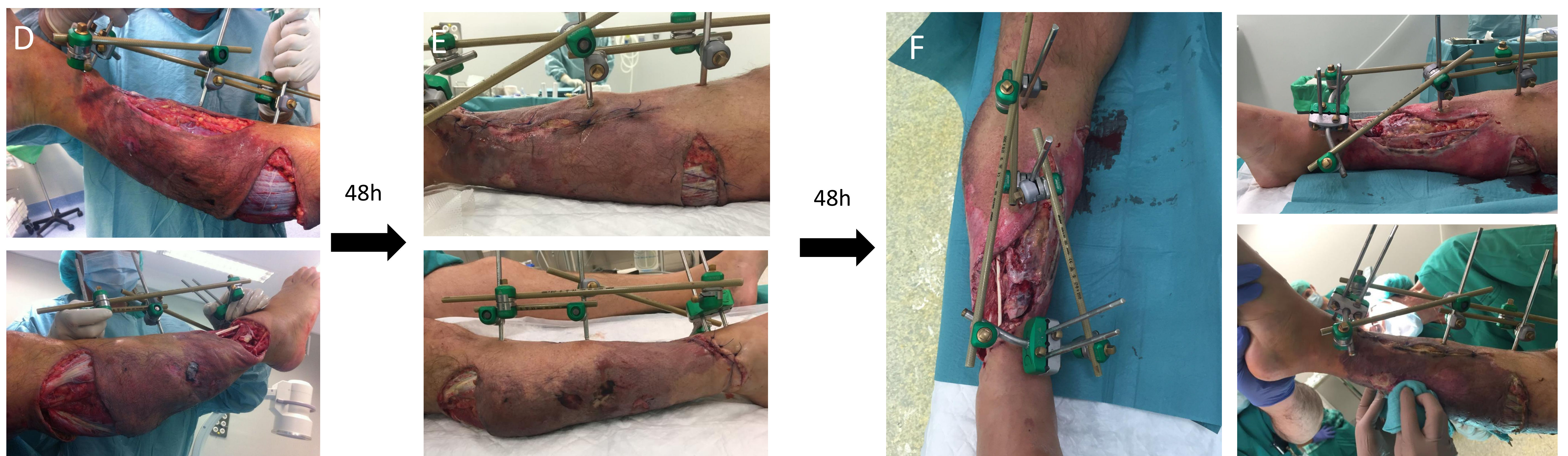
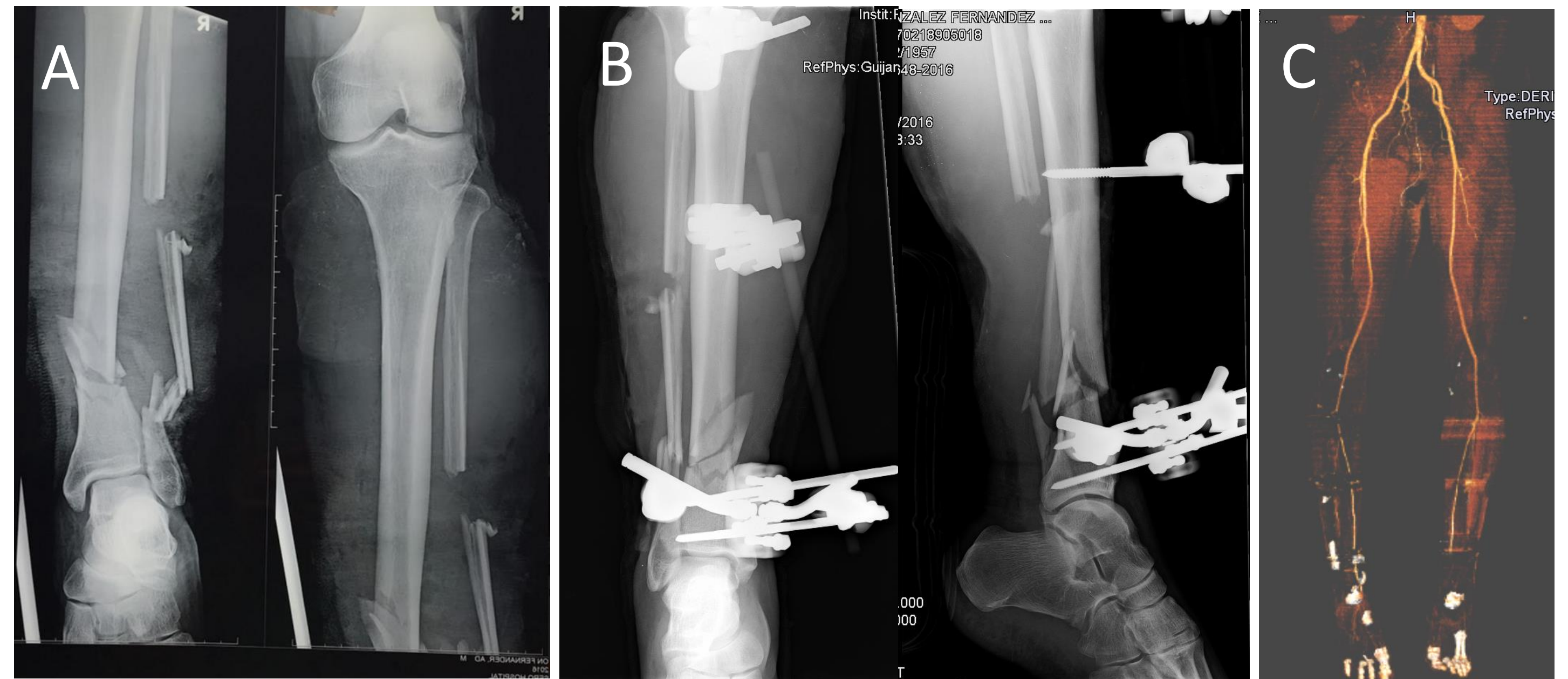


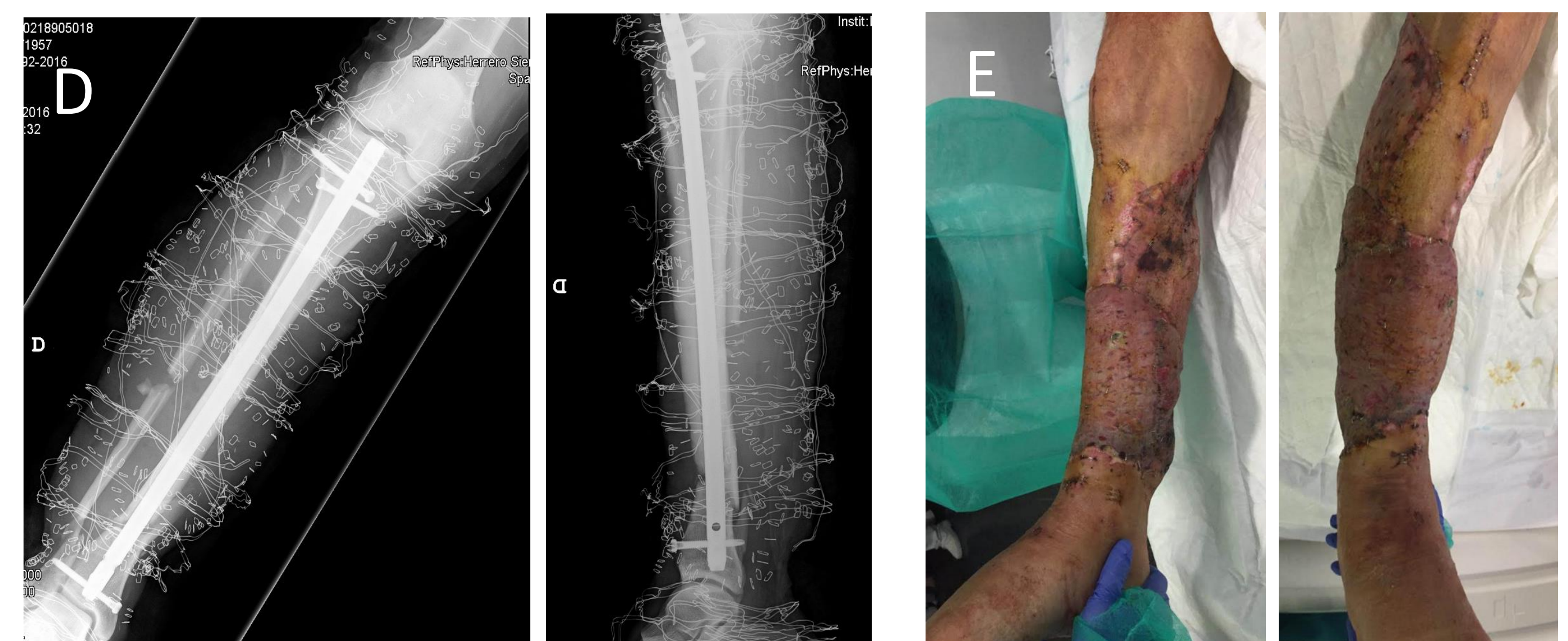
Imagen 1. A) Imagen radiológica de fracturas diafisaria conminuta de tibia y bifocal de peroné derechos. B) Radiografía AP y lateral con fijación externa con FEX Hoffman (fijación realizada en Uganda). C) Topograma del angioTAC. Se descartan lesiones vasculares. D) Estado de las heridas a su llegada al hospital. E) Evolución de las heridas a las 48h. F) Estado de la pierna a los 4 días. Necrosis cutánea amplia a nivel anteromedial, anterolateral de pierna y en cara posterior de muslo, que asocia exposición ósea.



Imagen 2. A) Estado del miembro tras séptima cirugía de lavado y desbridamiento. B) Se inicia terapia con VAC Instill. C) Tras nuevo desbridamiento tanto óseo como de partes blandas, se realiza cobertura con colgajo de dorsal ancho. D) 3 semanas de evolución, se realiza enclavado intramedular de tibia y cobertura cutánea. E) Evolución a las 2 semanas de la última cirugía.

Resultados

Buena evolución del colgajo e injertos cutáneos y de los parámetros de infección por lo que se suspende tratamiento antibiótico. Comienza de forma precoz tratamiento rehabilitador y deambulación a las tres semanas de la intervención. Presenta una lesión del nervio peroneo profundo que se maneja con férula antiequino. Permanece en proceso de consolidación de tibia y peroné. Camina con dificultad, por dolor mecánico que mejora con tramadol.



Conclusiones

Aunque la escala MESS continúa siendo una herramienta útil, los avances en el tratamiento ortopédico, vascular y de lesiones partes blandas han reducido su precisión prediciendo la necesidad de amputación. La valoración por parte de diversas especialidades es necesario para mejorar el tratamiento del paciente.