

Fractura avulsión de espina tibial en la infancia tras traumatismo: opciones de fijación y resolución artroscópica.

Gregorio Valero Cifuentes, Antonio Ondoño Navarro, Alonso Escudero Martínez, Fernando López-Navarro Morillo, Alejandro Castillo Sáez, Dommingo Maestre Cano

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

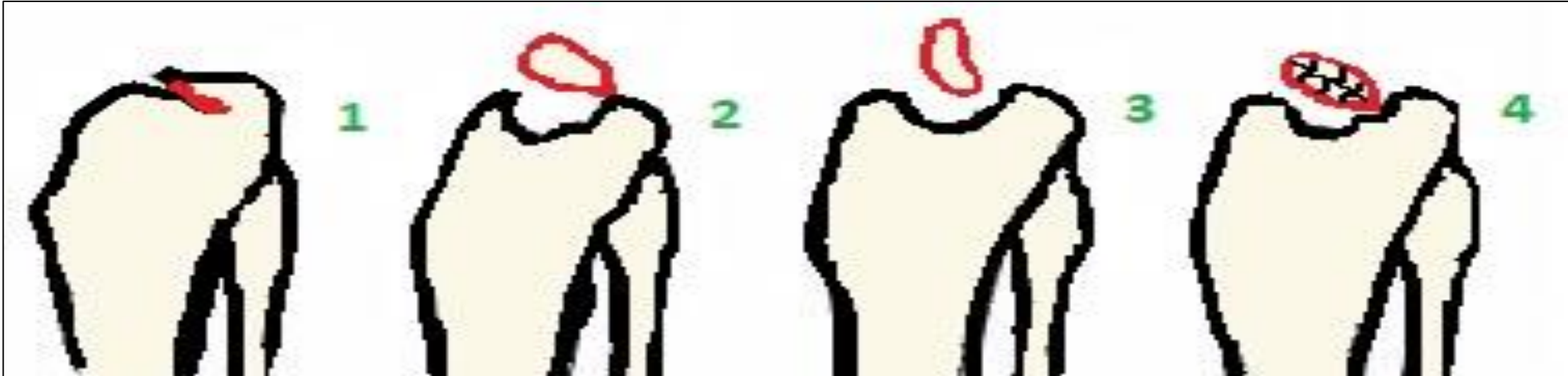
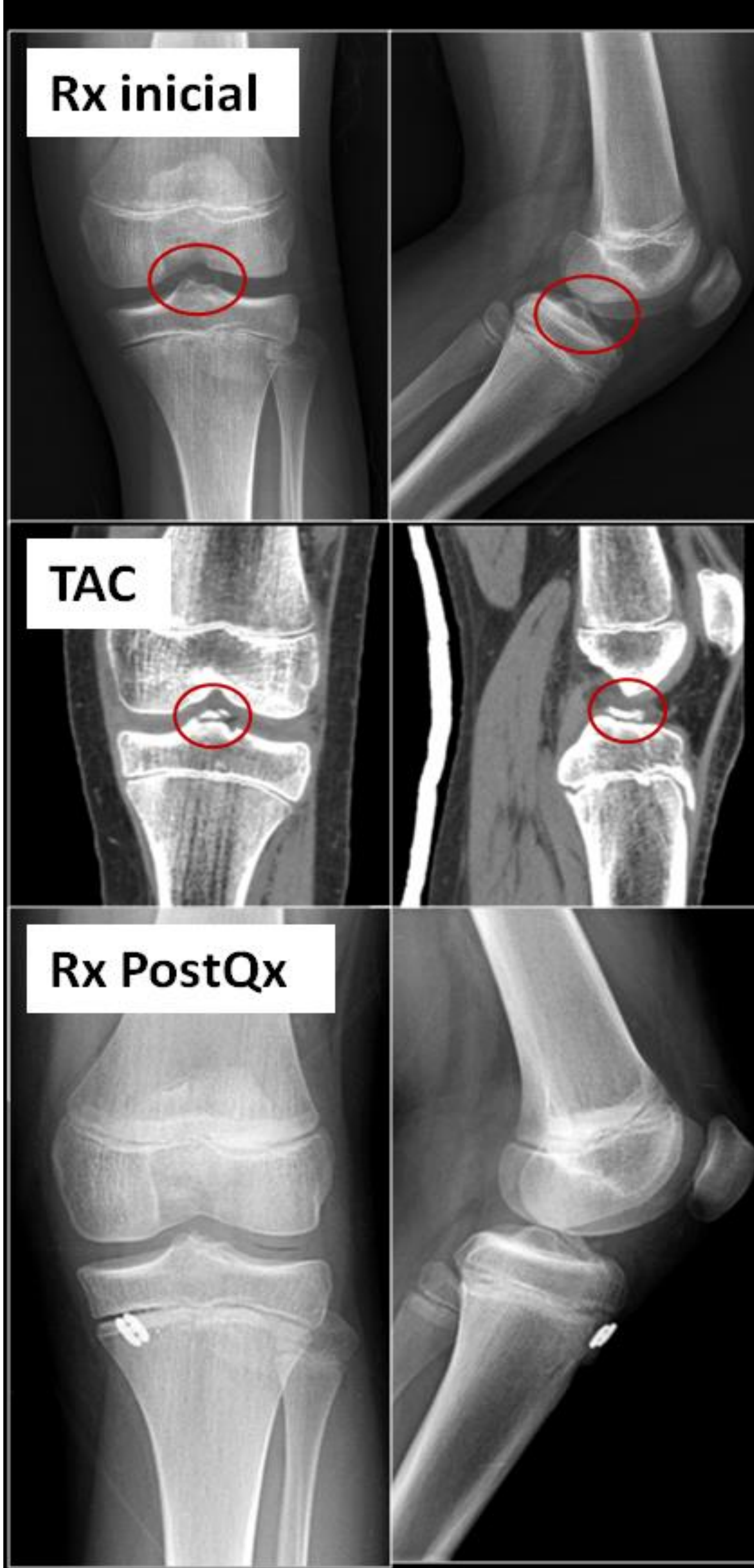
La avulsión de la espina tibial anterior es una lesión poco frecuente entre la patología traumática de la infancia pero que debe ser conocida para ser correctamente diagnosticada. La fractura avulsión aislada de la eminencia intercondílea de tibia es una entidad poco común frecuente en individuos jóvenes o adolescentes que se relaciona principalmente con accidentes deportivos. Nuestro objetivo es realizar un repaso de este tipo de fractura, su clasificación, así como su manejo y sus opciones de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 13 años de edad que tras caída en bicicleta con golpe directo sobre rodilla izquierda acudió a urgencias por dificultad para andar y empeoramiento progresivo. A la exploración presentaba deambulación antiálgica, flexo de 20 grados, y peloteo rotuliano positivo. Ante la clínica de dolor y un balance articular disminuido de forma considerable, se decidió realizar una artrocentesis de la rodilla afecta, que puso de manifiesto un hemartros sin gotas de grasa. Ante estos hallazgos fue diagnosticado de probable rotura de ligamento cruzado anterior, inmovilizándose con vendaje elástico a la espera de la realización de las maniobras y pruebas diagnósticas pertinentes una vez pasado el momento agudo del proceso. Pasadas dos semanas, el paciente volvió a acudir de nuevo a urgencias dada la persistencia de dolor e intolerancia a la inmovilización. Revisando las antiguas radiografías, se evidenció la avulsión de espina tibial anterior (figura 1, Rx inicial). Ante este hallazgo, que pasó desapercibido en la primera visita, se solicitó un TC para su correcta clasificación y valoración de tratamiento definitivo. En el TC se apreció fractura-avulsión de la espina tibial anterior con discreta conminución y leve desplazamiento proximal del fragmento de 6 mm (tipo IIIA de la clasificación de Meyers y McKeever) (figura 1, TAC). Tras su diagnóstico, se decidió tratamiento artroscópico con fijación de la espina tibial

RESULTADOS

Tras la cirugía, el paciente comenzó un protocolo de rehabilitación precoz, dado que la inmovilización prolongada puede provocar artrofibrosis y pérdida de grados en la extensión completa ¹. La rehabilitación fue similar a las actividades de los protocolos de rotura de LCA de nuestro hospital. La fase inicial incluyó ejercicios de cadena cinética cerrada, permitiendo el apoyo con carga parcial con muletas según tolerancia, para posteriormente ir aumentando carga progresivamente, así como el rango de ejercicios. Fue dado de alta al año por buena evolución, con consolidación completa de la fractura, sin molestias ni ningún tipo de problema con el material implantado, pudiendo realizar su vida y actividad física de forma normal.



CONCLUSION

- Respecto al tratamiento de este tipo de fracturas, las tipo I se tratan de forma ortopédica, con inmovilización con férula cruropédica de 4 a 6 semanas. El tratamiento de las fracturas de tipo II es controvertido ³. En la mayoría de los casos, puede intentarse la reducción cerrada a través de la extensión de la rodilla, permitiendo que los cóndilos femorales reduzcan el fragmento desplazado. Si se logra una reducción aceptable, podemos optar por tratamiento conservador. En caso de pérdida de la reducción o ausencia de la misma, se recomienda tratamiento quirúrgico con reducción artroscópica y fijación interna.
- En caso de fracturas con fragmento desplazado (tipos III y IV), se debe optar por tratamiento quirúrgico. A día de hoy, tal y como se describe en la literatura, se utilizan varios métodos de fijación en el tratamiento quirúrgico de estas fracturas que varían desde alambres retrógrados o tornillos anterógrados hasta anclajes de sutura.
- En un estudio reciente, Gans et al, compararon las fracturas de tipo I y II con las fracturas de tipo III y IV, principalmente el rango de movimiento, la artrofibrosis y la laxitud. Los pacientes con fracturas de tipo I y II presentaron menos laxitud y pérdida de la amplitud de movimiento respecto a aquellos que presentaban fracturas completamente desplazadas, de forma significativa. No hubo diferencia estadística en las tasas de artrofibrosis. ³
- El tratamiento no quirúrgico de las fracturas de los tipos III y IV de la espina tibial tiene tasas más altas de no unión que la fijación quirúrgica, por lo que se recomienda la fijación quirúrgica de todas las fracturas de eminencia tibial desplazadas³. No obstante en los estudios publicados hasta el momento y consultados para la revisión de este tema, se observó una curación similar con buena consolidación y reducción tanto con técnicas de fijación abierta como para la artroscópica, independientemente de la utilización de tornillo o sutura. Es fundamental tener en cuenta las lesiones de espina tibial anterior, sobre todo en casos con clínica similar a una rotura de ligamento cruzado anterior en edad pediátrica. Es importante que sean diagnosticados en el menor tiempo posible y tratados de la forma adecuada. Existen varias opciones de tratamiento y, en general, los resultados son buenos si se obtiene una correcta reducción anatómica. ⁴
- Sin embargo, consideramos que la fijación con sutura artroscópica tiene numerosas ventajas sobre otros procedimientos en fracturas tipo avulsión de espina tibial desplazadas y a pesar de que requiere un correcto entrenamiento técnico ofrece la posibilidad de fijar fragmentos pequeños con gran estabilidad clínica, de forma mínimamente invasiva y con menor morbilidad. Además, permite movilización precoz y estancias hospitalarias más cortas.