

# Tratamiento de las fracturas fisarias de tibia distal, revisión bibliográfica: a propósito de 2 casos

Salamanca César, Marín Jaime, Altemir Victoria, Scott-Tennent Ana, Acosta Héctor, Señor Pilar.  
Hospital Universitari Arnau De Vilanova, Lleida.

## INTRODUCCIÓN

Las fracturas de tibia distal, corresponden al 15-20% de las fracturas fisarias de los niños. Asocian hasta en 66% el cierre fisario. Presentan diferente morfología, frecuentemente clasificadas según Salter-Harris, que en conjunto con otros factores se indica la necesidad de tratamiento quirúrgico.

## OBJETIVOS

Establecer las bases para la indicación quirúrgica y elección de la técnica, respecto al tipo de fractura encontrada.

## MATERIAL Y MÉTODOS

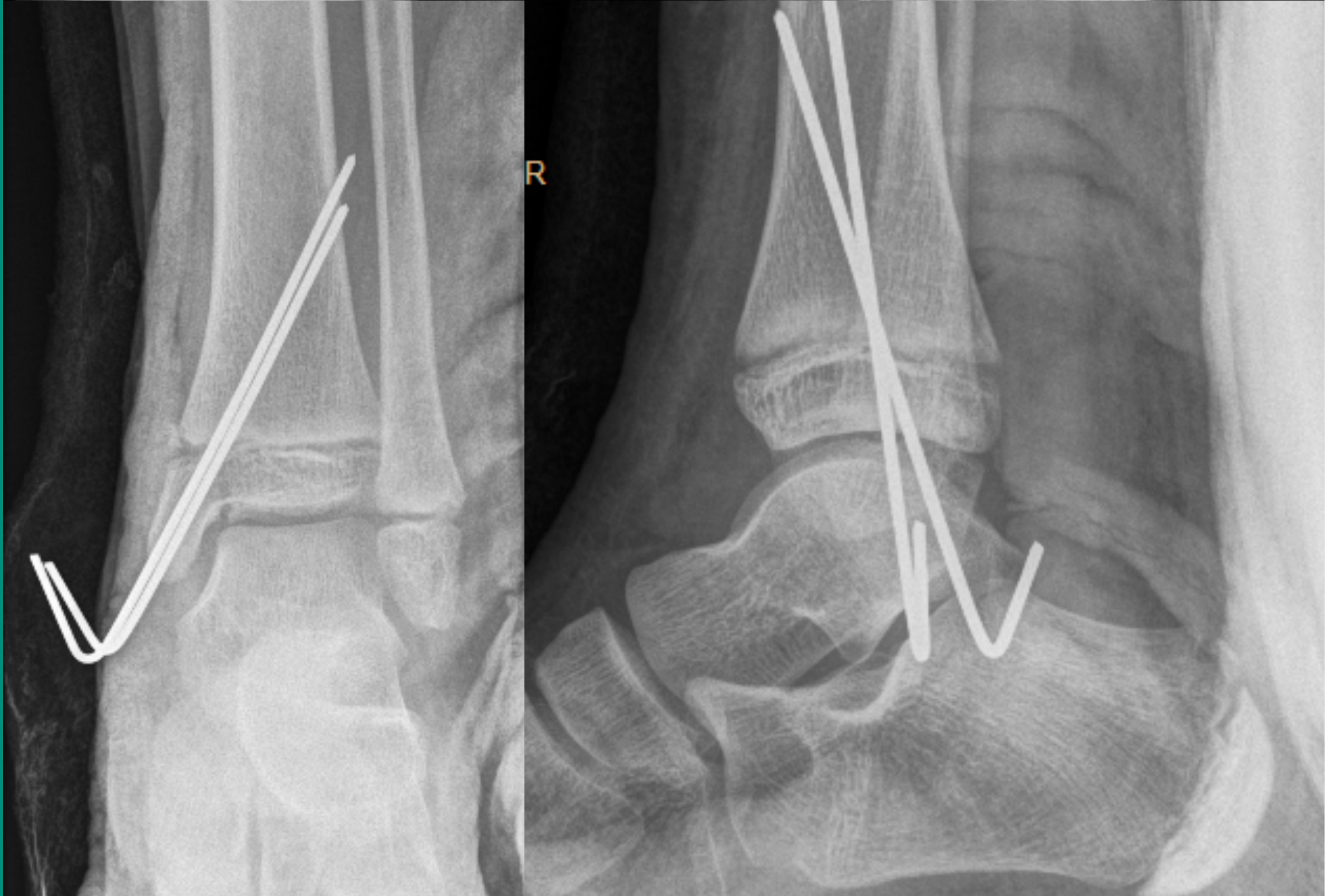
Las fracturas no desplazadas, independientemente de su clasificación, se pueden tratar de forma conservadora. No se recomiendan más de dos intentos de reducir las fracturas desplazadas, para evitar añadir mayor lesión a la fisis. El ensanchamiento fisial > 3 mm puede indicar atrapamiento perióstico, la liberación quirúrgica disminuye las tasas de cierre fisario precoz. Reducción abierta para escalones o desplazamiento de la superficie de carga > 2 mm, y > 1mm en el maléolo interno. Las fracturas de tipo Salter-Harris III-IV se benefician de la reducción anatómica. Fijación con tornillos canulados de rosca parcial por fuera de la fisis, o pines lisos a través de ella, de forma percutánea cuando sea posible. Adolescentes con fracturas de gran amplitud pueden requerir fijación con pacas.

## RESULTADOS

Se plantean dos casos. El primero, paciente de 9 años con fractura Salter-Harris III que afecta a maléolo interno, desplazado. Se opta por realizar reducción cerradas y síntesis percutánea con AK. En el segundo caso, paciente de 13 años con fractura Salter-Harris II, con gran fragmento del maléolo posterior, desplazado. Tras fallo en la reducción cerrada, se realiza Reducción abierta, liberación del periostio, y síntesis con tornillos canulado de rosca distal. Consiguiendo la consolidación en ambos casos con retorno a actividades deportivas.

## CONCLUSIÓN

Destacar la importancia del TAC en diagnóstico, y preparación preoperatoria.  
Se recomienda la reducción cerrada e inmovilización para fracturas con poco desplazamiento.  
Valorar la liberación perióstica cuando existe engrosamiento de la fisis >3 mm, o dificultad para la reducción.  
La reducción abierta se recomienda en fracturas desplazadas que afecten la congruencia articular.  
Estas se benefician de la reducción anatómica.  
Síntesis percutánea o abierta según la naturaleza de la fractura.



Caso 1



Caso 2