

El uso del *Extensile Approach* en fracturas conminutas de pilón tibial

PABLO PEÑALVER ANDRADA
JENS JARED CARDENAS SALAS
CLAUDIO PEIX LOSA
ENRIQUE GONZALEZ FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN

Los fundamentos del tratamiento de una fractura de pilón tibial son un *timing* correcto; una elección exquisita del abordaje y reducción anatómica correcta con cuidado de las partes blandas. El abordaje mencionado es una variación del anteromedial. Sus ventajas son una localización más lateral, visión completa, posibilidad percutánea y menor problema de cicatrización.

OBJETIVOS

Presentamos tres casos de fracturas de pilón tibial tratadas por el mismo cirujano con el *Extensile Approach* descrito por Asal-M. Dos de las tres fracturas tratadas con cierre colchonero subdérmicos según técnica *Allgöwer–Donati*(AD) (Fig. 1)

The Extensile Approach for the Operative Treatment of High-Energy Pilon Fractures: Surgical Technique and Soft-Tissue Healing

Mathieu Assal, MD, Adrien Ray, MD, and Richard Stern, MD

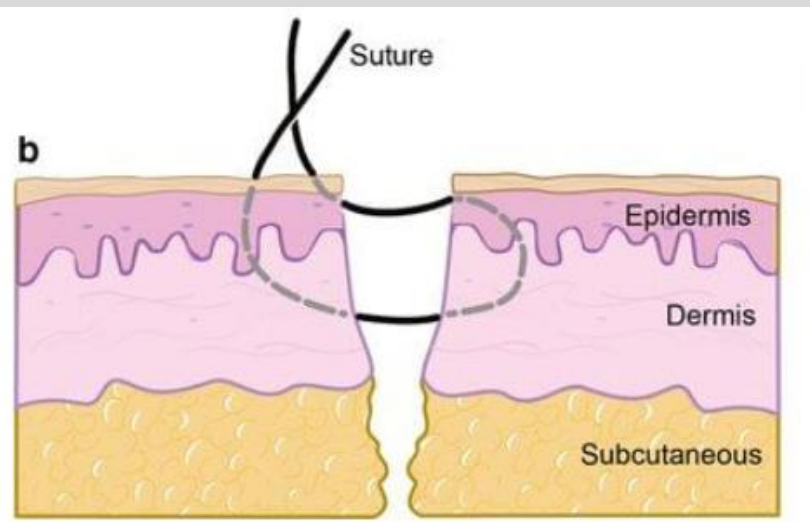


Fig.1



Fig. 2

MATERIAL Y METODOLOGÍA

El abordaje se realiza 1 cm. lateral a la cresta, cruza la línea articular y se curva a 105º-110º hasta 1 cm. distal al maleolo medial. En los casos de fractura peronea asociada, se realizó posteriormente para asegurar la buena reducción tibial. (Fig. 2)

Paciente A: 38 años. Fumador. Accidente moto. Fractura 43C y peroné. Posterolateral asociado. Operado 8 días tras lesión. No fijador previo. Profesor. (Fig. 3 y 4)

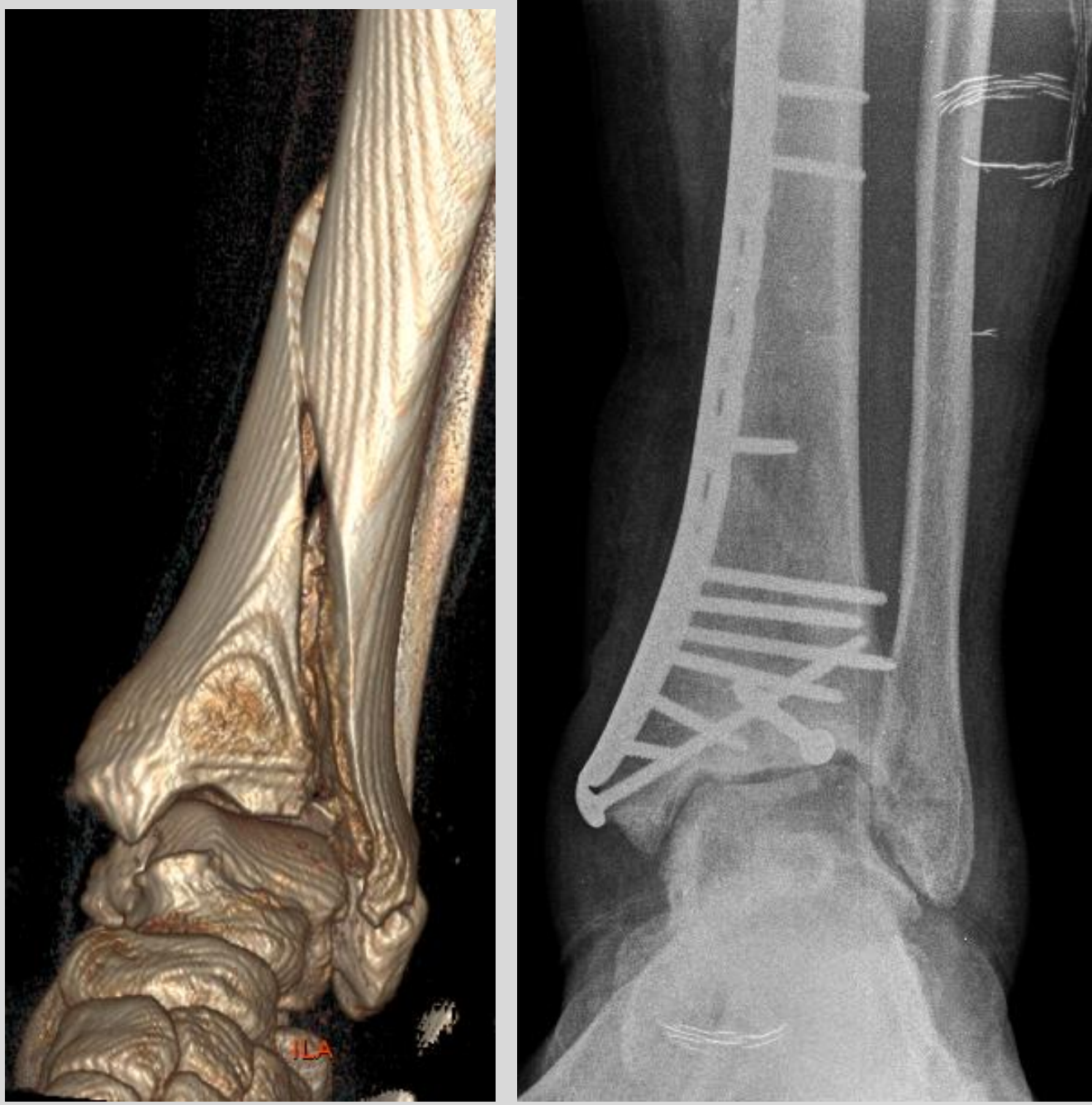
Paciente B: 42 años. Accidente moto. Fractura 43C. Operado 14 días post., referido. No fijador previo. Mecánico. (Fig. 5-7)



Fig. 5,6 y 7



Fig. 3 y 4



Paciente C: 74 años. Vasculopatía. Caída escaleras. Fractura 43B y peroné. Posterolateral asociado. 10 días post. No fijador previo por no desplazamiento significativo.(Fig. 8-11)

Fig. 8,9,10 y 11

RESULTADOS

Los 3 pacientes han conseguido un resultado bueno con un seguimiento mínimo de 16 meses. Escalas AOFAS y FADI, obteniendo una media de 79,3 y 84,3 respectivamente. Todos los pacientes se reincorporaron a su vida laboral previa.

La única complicación aguda fue un problema de cicatrización superficial en el paciente C con tratamiento exitoso con curas ambulatorias (Fig. 12 y 13). Encontramos posible relación con su vasculopatía y la técnica de cierre, sin embargo es el paciente con mejor resultado clínico, quizá debido a su menor demanda por la edad.

CONCLUSIONES

El abordaje descrito presenta en las series y en nuestro tres casos, un buen resultado clínico y en tasa de complicaciones de partes blandas. Nos llaman la atención los buenos resultados en nuestra pequeña serie pese a no haber recibido quizá el tratamiento perfecto previo con fijador externo y/o tiempos quirúrgicos precisos. Una serie más amplia es necesaria para obtener conclusiones.



Fig. 12 y 13

