

Avulsión de la tuberosidad tibial anterior en el adolescente a propósito de un caso

FERNÁNDEZ MARTÍN, L. PÉREZ FABRA, B.M. CASTILLO DEL POZO, V. URRUTIA GRAÑA, J. UTRILLA HERNANDO, S. BARQUERO GONZALEZ, N.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

- Las fracturas-avulsiones de la tuberosidad tibial son raras, tienen una incidencia de 0,4-2,7% de todas las fracturas pediátricas, siendo más frecuentes en varones entre 13 y 16 años. No obstante, tienen una repercusión funcional a largo plazo en relación con la propia lesión y con el tratamiento empleado debido a la implicación en el aparato extensor de la rodilla. No existe actualmente un consenso sobre el tratamiento quirúrgico a realizar, pero si un objetivo común: reducción anatómica del fragmento respetando la placa fisaria y restauración del mecanismo extensor.
- Presentamos el caso de un varón de 14 años que sufre arrancamiento de tuberosidad tibial anterior tipo IIA de Ogden tras realizar un inicio brusco de carrera jugando al fútbol, para repasar el manejo básico de estos pacientes (*figuras 1 y 2*).

MATERIAL Y MÉTODOS

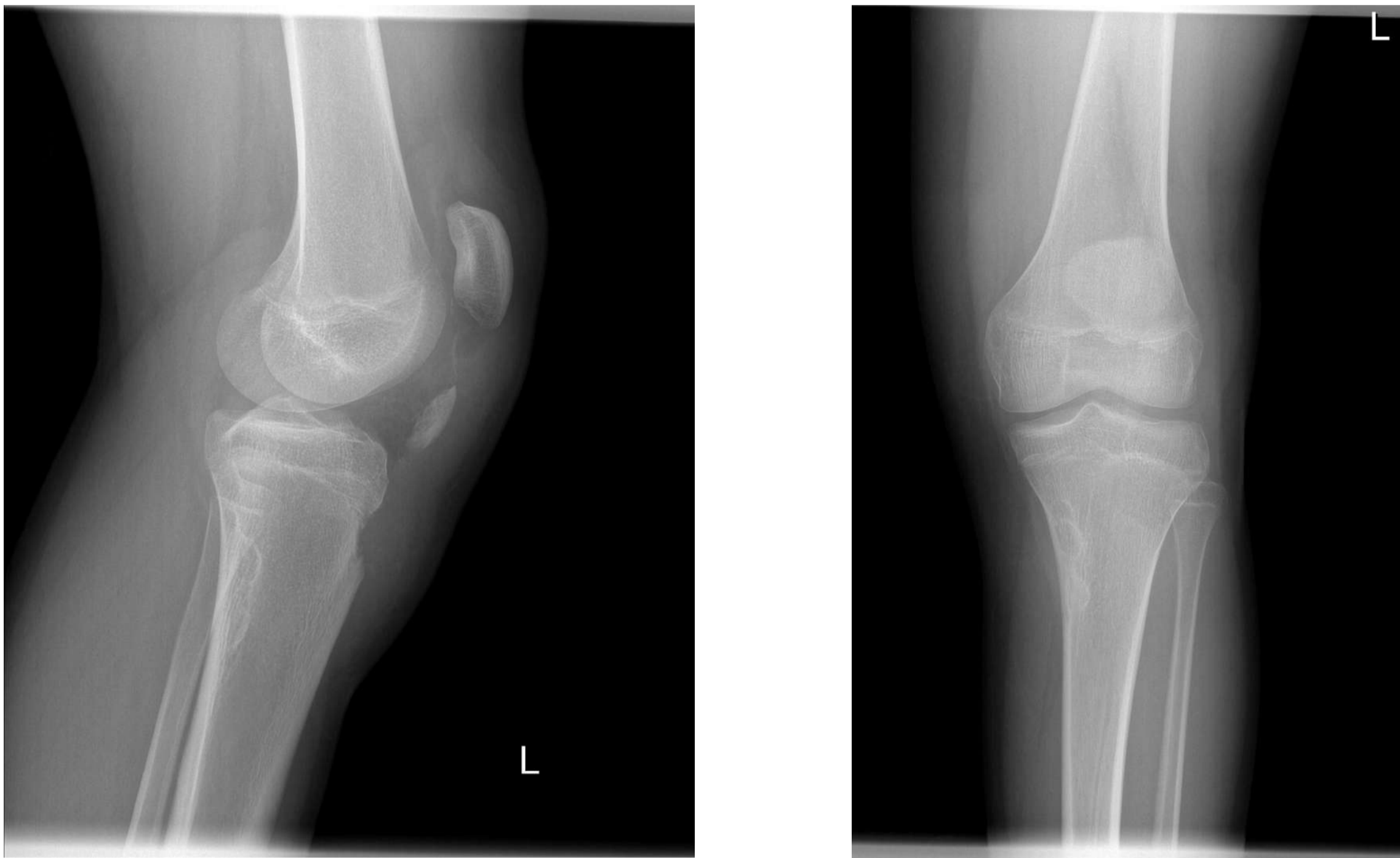


Fig 1 y 2: Rx de urgencia

El paciente fue intervenido mediante reducción abierta y fijación interna con un tornillo de esponjosa dadas las escasas dimensiones del fragmento.

En el postoperatorio se inmovilizó con una ortesis articulada en extensión completa durante 5 semanas y posteriormente con movilidad progresiva hasta un rango de movimiento completo a las 8 semanas.

RESULTADOS

Los resultados radiográficos al final del tratamiento son excelentes, objetivando consolidación primaria (*figuras 3 y 4*). Clínicamente el paciente estuvo sin dolor durante todo el proceso, consiguió una movilidad completa tras tres semanas de iniciar la rehabilitación e inició actividades deportivas a las 8 semanas sin dolor ni recidiva.

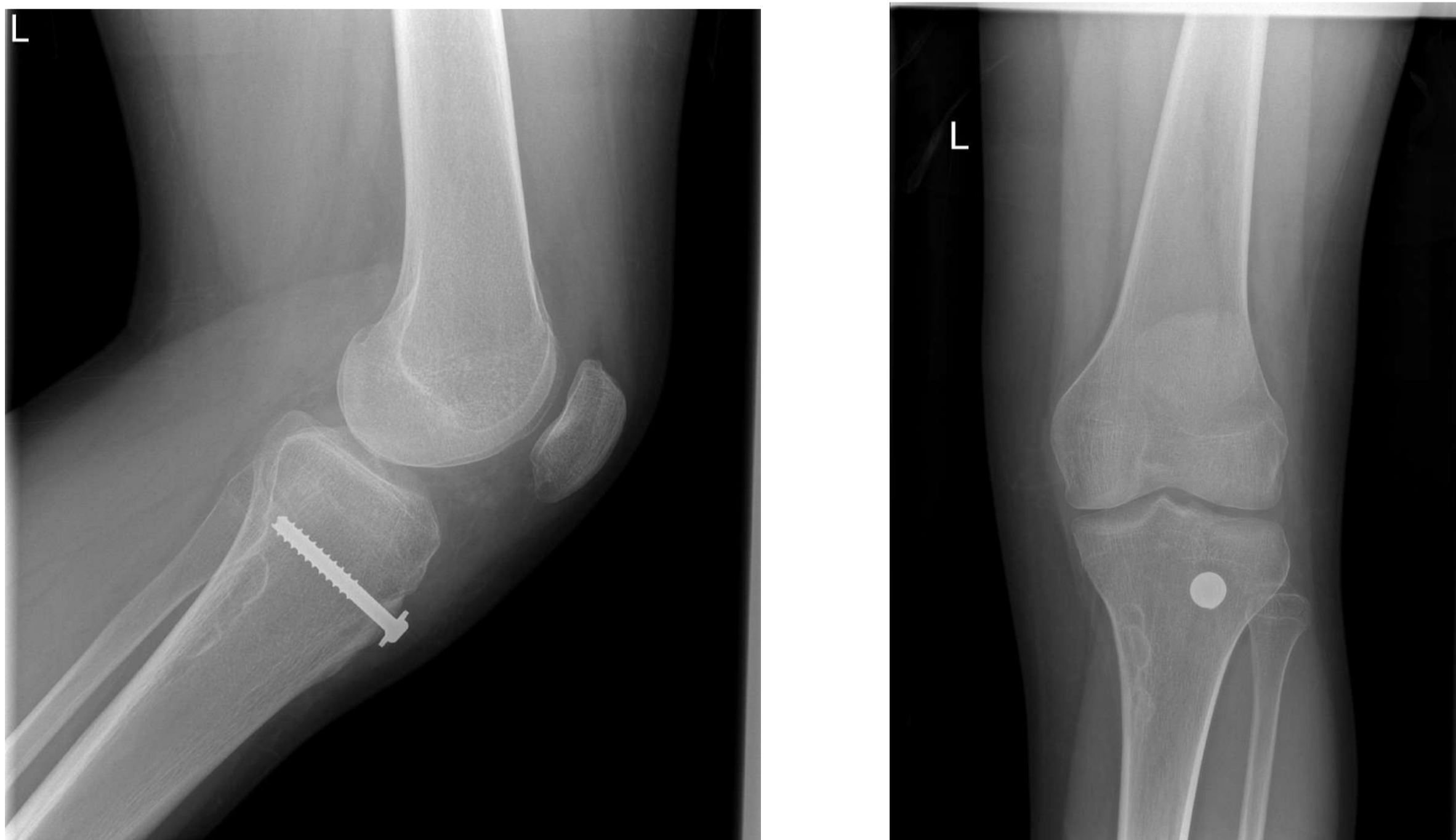


Fig 3 y 4: Control Rx a los 6 meses

CONCLUSIONES

La avulsión de la tuberosidad tibial anterior requiere un apropiado diagnóstico clínico-radiológico y una conveniente planificación preoperatoria teniendo en cuenta la presencia de la placa de crecimiento.

El tratamiento con reducción abierta es adecuado para explorar el mecanismo extensor y descartar interposición de partes blandas o lesiones asociadas. La fijación interna con tornillo de esponjosa permite minimizar el daño fisario. Además, el uso de protección externa es recomendable para evitar la fatiga del material de osteosíntesis por la fuerza del mecanismo extensor.

En nuestro caso podemos concluir que el paciente tuvo una evolución excelente con el tratamiento realizado, desconociendo la repercusión a largo plazo.