

# POSTOPERATORIO DE FRACTURA-ARRANCAMIENTO TUBEROSIDAD TIBIAL ANTERIOR EN EL ADOLESCENTE

López-Orosa C. Aparicio Franco A. Rojo Santamaría R. Pérez-Lescure Tablate M. Oteo Maldonado JA.

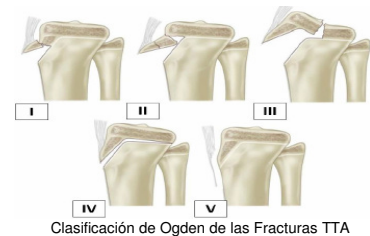
**Hospital Universitario de Fuenlabrada**

## Introducción y Objetivos:

La fractura avulsión de la tuberosidad tibial anterior (TTA) es infrecuente, representa entre el 0.4 al 2.7% de las lesiones fisarias del adolescente. Se producen habitualmente por una contracción brusca del cuádriceps o por una flexión abrupta de la rodilla con el cuádriceps contraído, de forma que éste arranca la TTA. Presentamos el caso de un varón de 15 años intervenido en nuestro centro, describiendo el postoperatorio realizado tras la intervención.

## Caso Clínico:

Derivado desde otro centro por dolor e impotencia funcional para la extensión activa de rodilla tras caída con miembro en extensión. Inmovilizado con ferula inguinopédica y con Diagnóstico: **Fractura-arrancamiento TTA tipo II de Ogden.**



## Resultados: Cirugía

Es intervenido en las primeras 12 horas: R.A.F.I.

Anestesia raquídea. Abordaje longitudinal anterior sobre TTA. Fractura con 2 fragmentos que se sintetizan mediante **2 tornillos canulados esponjosa rosca parcial 4.5mm**, uno de ellos con arandela.

Se refuerza la fijación con **sutura tendón rotuliano distal con un arpón todo sutura de 2mm.**

Permanece ingresado por 24 horas con profilaxis antibiótica 3 dosis de cefazolina 1gr

## Resultados: Postoperatorio

Postoperatorio **Inmediato: Férula inguinopédica y descarga.**

Alta domicilio: **Rodillera articulada** con ganancia articular progresiva:

- **0-2ª semana: 0/40º y descarga.**
- **2ª-4ª semana: 0/90º y descarga.**
- **4-6ª semana: 0/120º y descarga.**
- **6ª-8ª semana: Movilidad libre y descarga.**

Inicio de rehabilitación y **carga** a partir del **2ª mes.**

A los **3 meses** el paciente se encontraba asintomático, Consolidación en Rx, arco de movilidad completo. Autorizándose actividad progresiva con **restricción deportiva de contacto, salto y actividad explosiva.**

Al **6º mes** tras evidenciarse consolidación sin complicaciones se autoriza **actividad física sin restricciones.**

**Al año de la lesión se extraen los tornillos.** El paciente se encuentra actualmente asintomático incorporado a vida habitual sin restricciones.



## Conclusión:

- La fijación de las fracturas de la TTA desplazadas es variable (Uno o dos tornillos, agujas Kirschner, arpones...) **sin claro implante de elección.** La inmovilización postoperatoria es recomendable para evitar la fatiga del material por la fuerza del ap. extensor.
- La fijación con 2 tornillos de 4.5mm junto con un refuerzo con arpón del tendón rotuliano nos parece suficiente para permitir la movilización postoperatoria progresiva controlada con ortesis articulada, lo que facilita la recuperación funcional.

## Bibliografía:

- Zaizi A, El Yaacoubi T, Chafry B, Boussouga M. Tibial tubercle avulsion fractures in school sports injury: A case report. Int J Surg Case Rep. 2019
- Abalo A, Akakpo-numado K.G. Dossim A, Walla A, Gnassingbe K, Tekou AH. Avulsion fractures of the tibial tubercle. J.Orthop.Surg. (HongKong); 2008; 16 (3) 308-311.
- Newman, C, Muslienko, D, Law, S. Surgical Fixation of Bilateral Simultaneous Avulsion Fractures of the Proximal Tibia in a 12-Year-Old with History of Conservatively Managed Unilateral Tibial Avulsion Fracture. Case Reports in Orthopedics, 2017, 1-6.