

FRACTURA DE ESPINAS TIBIALES EN NIÑO: TRATAMIENTO MEDIANTE DOBLE SUTURA A TRAVÉS DE UN ÚNICO TÚNEL TRANSFISARIO TIBIAL DE 2MM.

Briso-Montiano, Ricardo; Arnanz Remís Alberto; González Alonso, Carmen; Baruque Astruga, Marta, Iñigo San José

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de espina tibial en niños son lesiones infrecuentes secundarias a actividad deportiva. Es considerada el equivalente pediátrico de la rotura del LCA donde tras un fallo de la unión condroepifisaria del mismo, se produce una avulsión de la espina tibial. Esta situación provoca una lesión osteocondral e incompetencia del LCA.



MATERIAL Y MÉTODOS

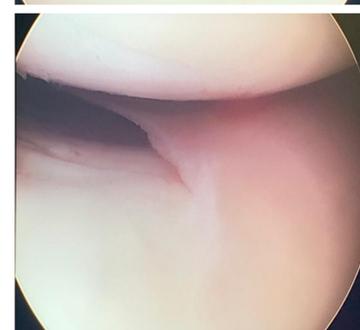
Varón de 11 años que acude a urgencias tras torsión de rodilla mientras jugaba al fútbol. A la exploración el paciente presenta derrame articular, flexión anti-álgica e incapacidad para el apoyo. En Rx simple presenta fragmento óseo desplazado en meseta tibial por lo que se realiza TAC de urgencia confirmando una fractura de espinas tibiales tipo IIB de Meyers y McKeever con extensión a zona de carga de meseta tibial interna.

RESULTADOS

Se decide tratamiento quirúrgico mediante reducción artroscópica y fijación con dos suturas de fiberWire a LCA mediante un único túnel transfisario tibial de 2mm con guía de cruzado a 55º y fijación de los mismos mediante un suture Button de 3,5mm. Se asiste la reducción de meseta tibial mediante artrotomía medial por interposición del menisco interno.

Se inmovilizó al paciente con 20º de flexión durante 3 semanas aumentando de manera progresiva la flexión con ortesis sin autorizar la carga hasta la 6ª semana.

Tras tratamiento rehabilitador el paciente presenta balance articular completo sin inestabilidad.



CONCLUSIONES

La fractura de espinas tibiales son lesiones poco frecuente cuyo objetivo quirúrgico en desplazamientos mayores de 5 mm es restablecer la competencia del LCA. Existen diferentes técnicas quirúrgicas, siendo la sutura artroscópica la que presenta una menor morbilidad. La mayoría de técnicas descritas se realizan mediante 2 o 3 túneles transfisarios, en nuestra experiencia un único túnel permite la fijación estable del fragmento disminuyendo las lesiones fisarias.

59 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA