

# Abordaje anterolateral ampliado para el tratamiento de una fractura de meseta tibial externa con afectación posterolateral. Revisión de la literatura y exposición de un caso.



Jorge Carrión Martínez, Andrés Camprodon Alberca, Francisco Montaner Barceló, Luis Grandío Abad, Pablo Jurado Serrano.

Unidad de Rodilla. Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

## INTRODUCCIÓN

Los resultados clínicos postoperatorios tras una fractura de meseta tibial dependen de una adecuada reducción anatómica. Los fragmentos posterolaterales, y concretamente su porción central, de las fracturas de meseta tibial son difíciles de reducir y fijar a través de los abordajes convencionales anterior o anterolateral. Los abordajes posterior y posterolateral ofrecen una visión directa para la reducción y fijación pero conllevan serias limitaciones dada la presencia de la cabeza del peroné, músculos, ligamentos y estructuras neurovasculares.

En fracturas como las del caso que presentamos, usualmente se requiere realizar un abordaje combinado anterolateral y posterolateral o un abordaje con osteotomía de la cabeza del peroné para lograr una buena visión del platillo posterolateral. Estos planes requieren mayor tiempo quirúrgico, cambiar la posición del paciente intraoperatoriamente y mayor riesgo de lesiones vasculonerviosas. Jae-Woo Cho, et al. proponen un nuevo abordaje anterolateral ampliado que permite un acceso satisfactorio de los fragmentos posterolaterales de manera efectiva y segura realizando únicamente una incisión. En este trabajo presentamos un caso dónde utilizamos este nuevo abordaje.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 25 años que tras un accidente de esquí sufre una fractura de meseta tibial AO41C3 (Schatzker tipo V):

- Afectación de la columna lateral.
- Afectación de las espinas tibiales
- Conminución de la superficie posterolateral (especialmente su porción central).
- Extensión hacia la diáfisis por medial a la tuberosidad tibial anterior.



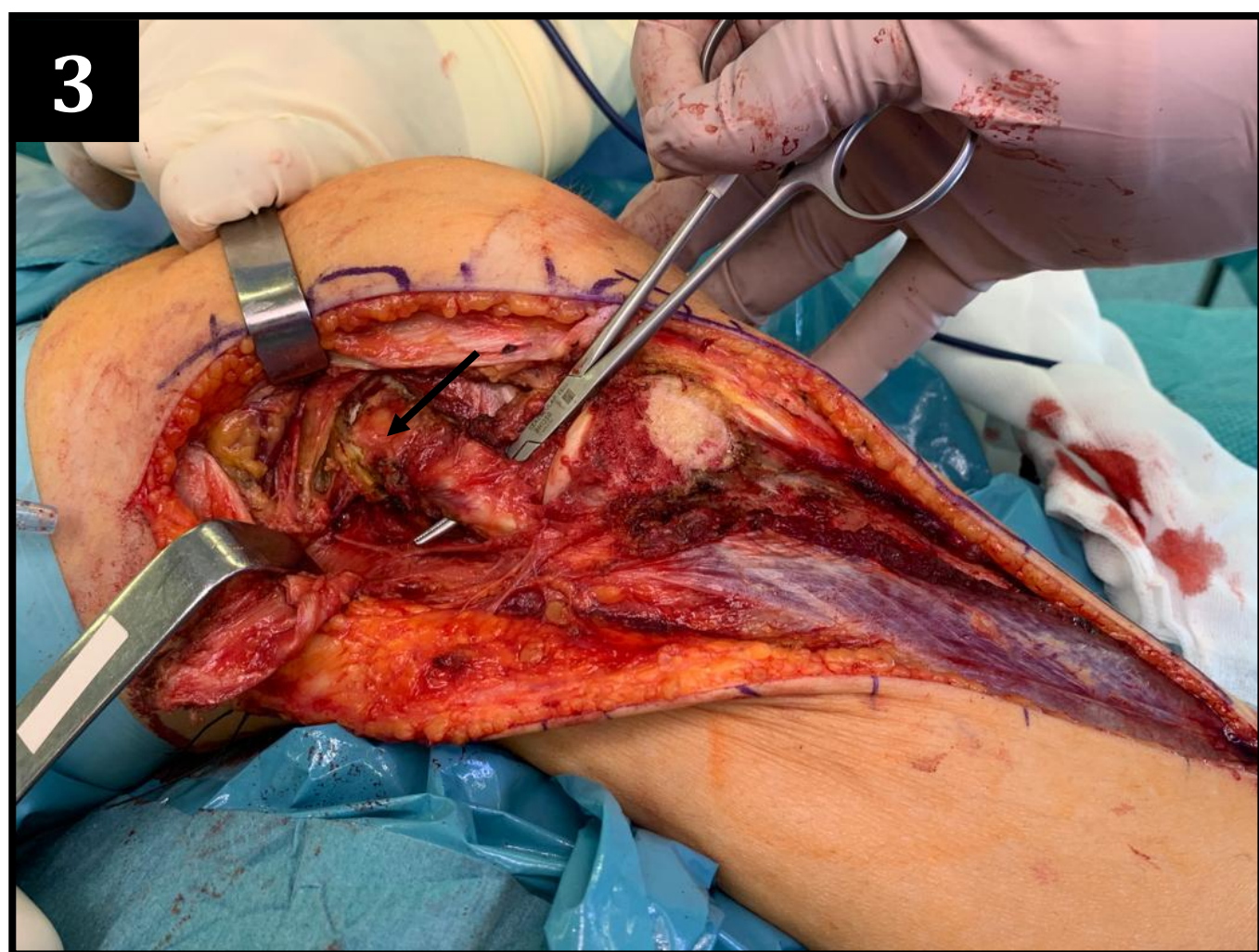
## TÉCNICA QUIRÚRGICA



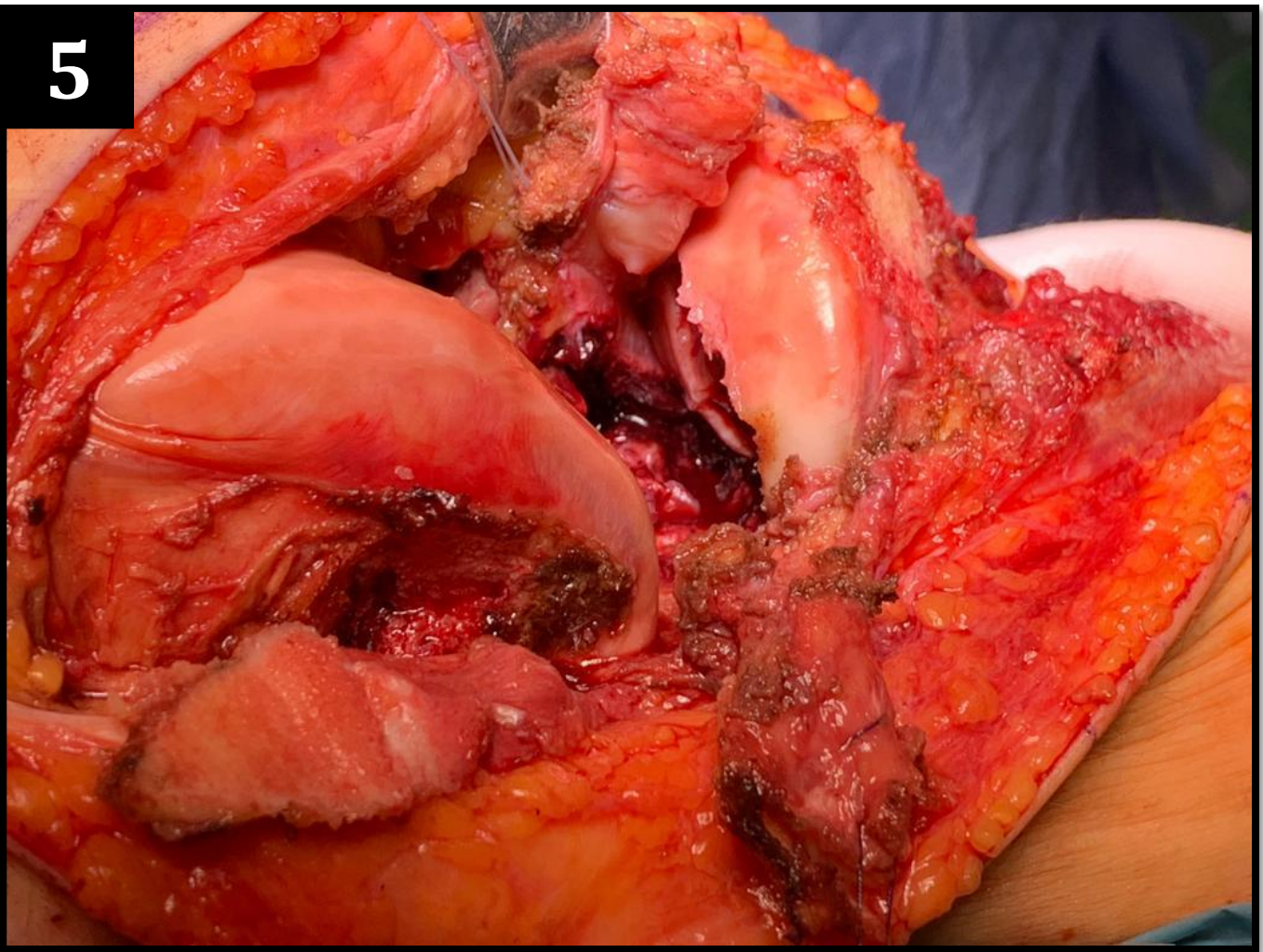
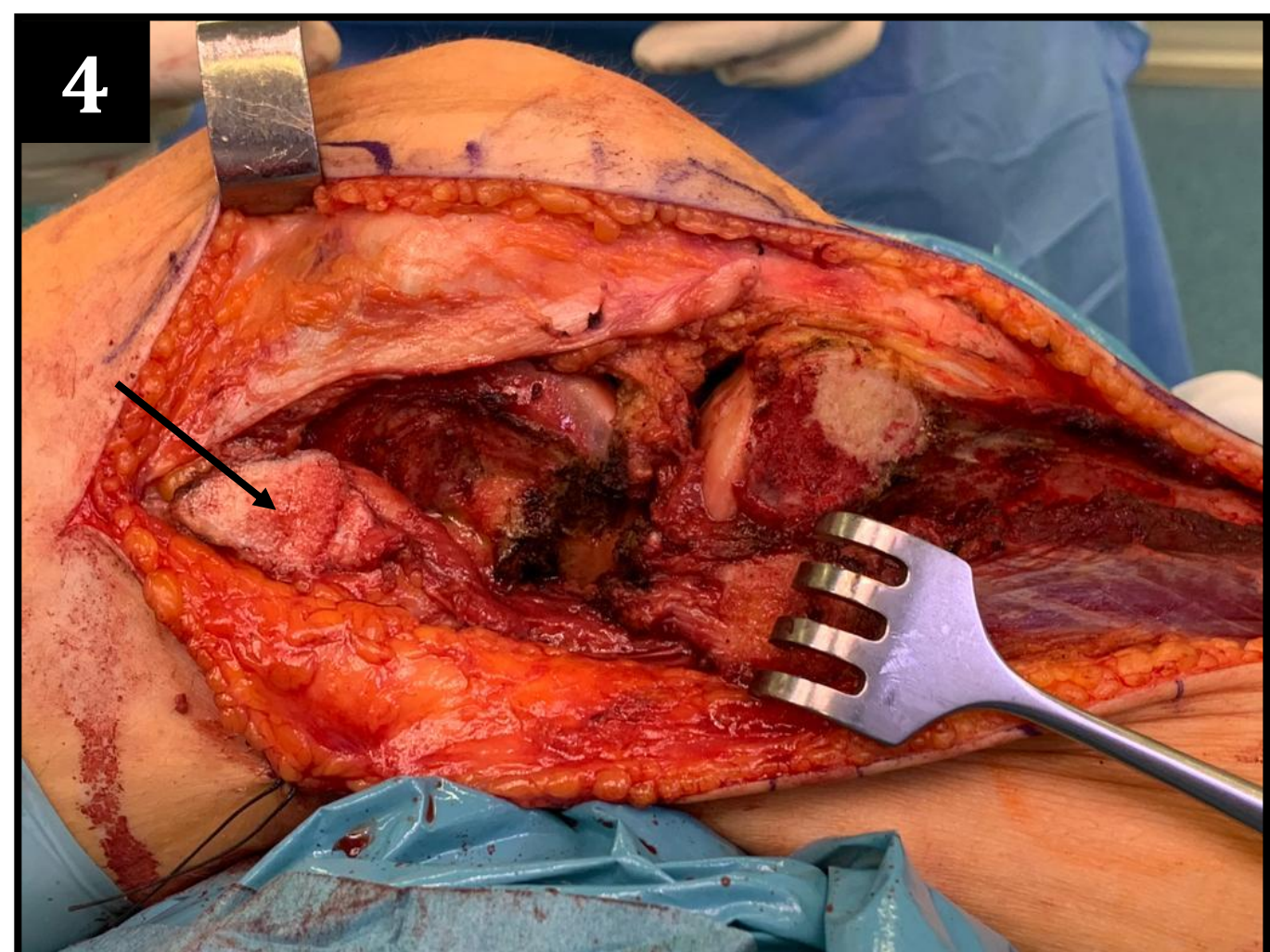
Con la paciente en decúbito supino y flexión de rodilla de 30º se realiza abordaje anterolateral ampliado.



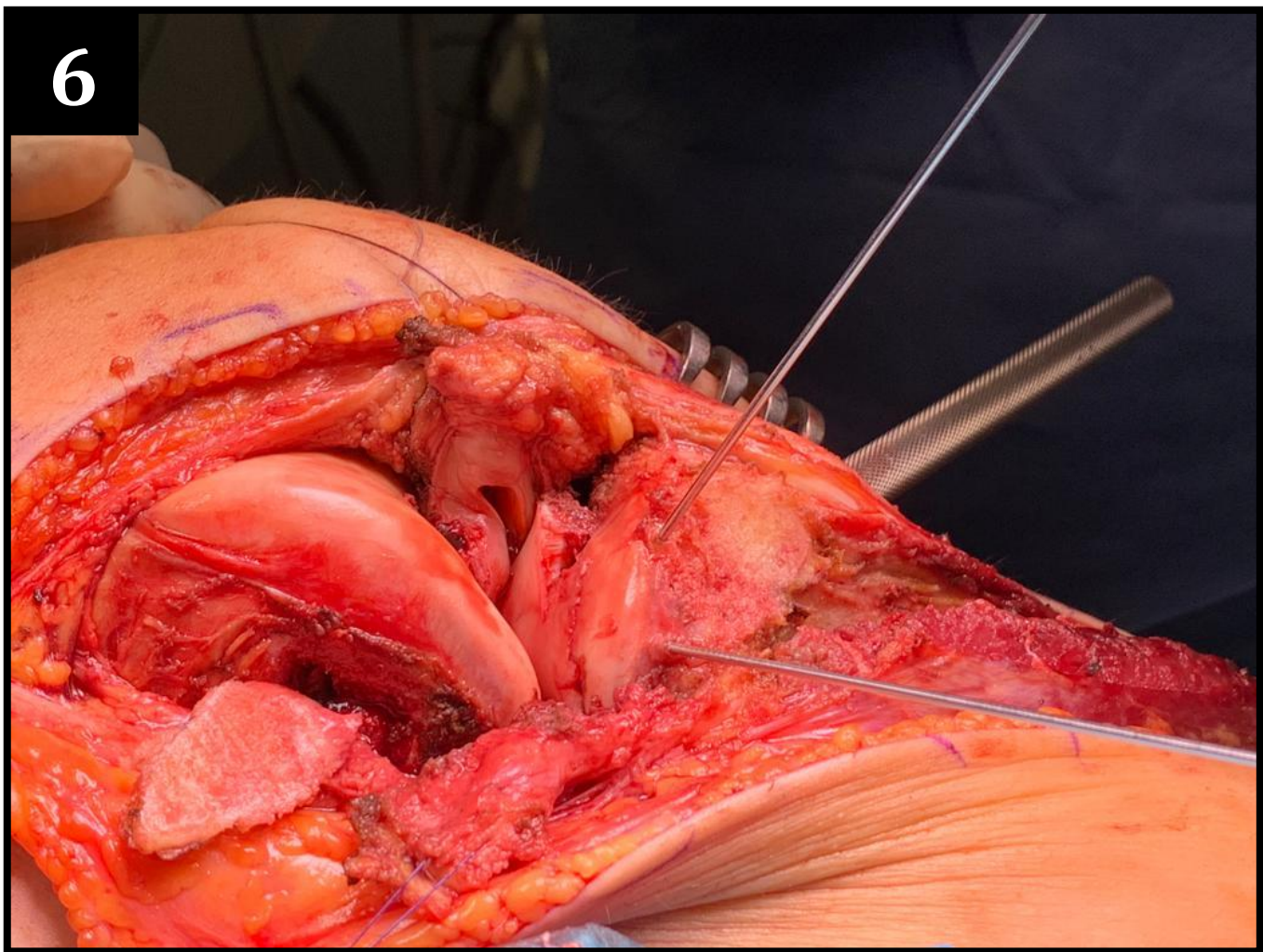
Se realiza osteotomía de tubérculo de Gerdy separando la cintilla iliotibial.



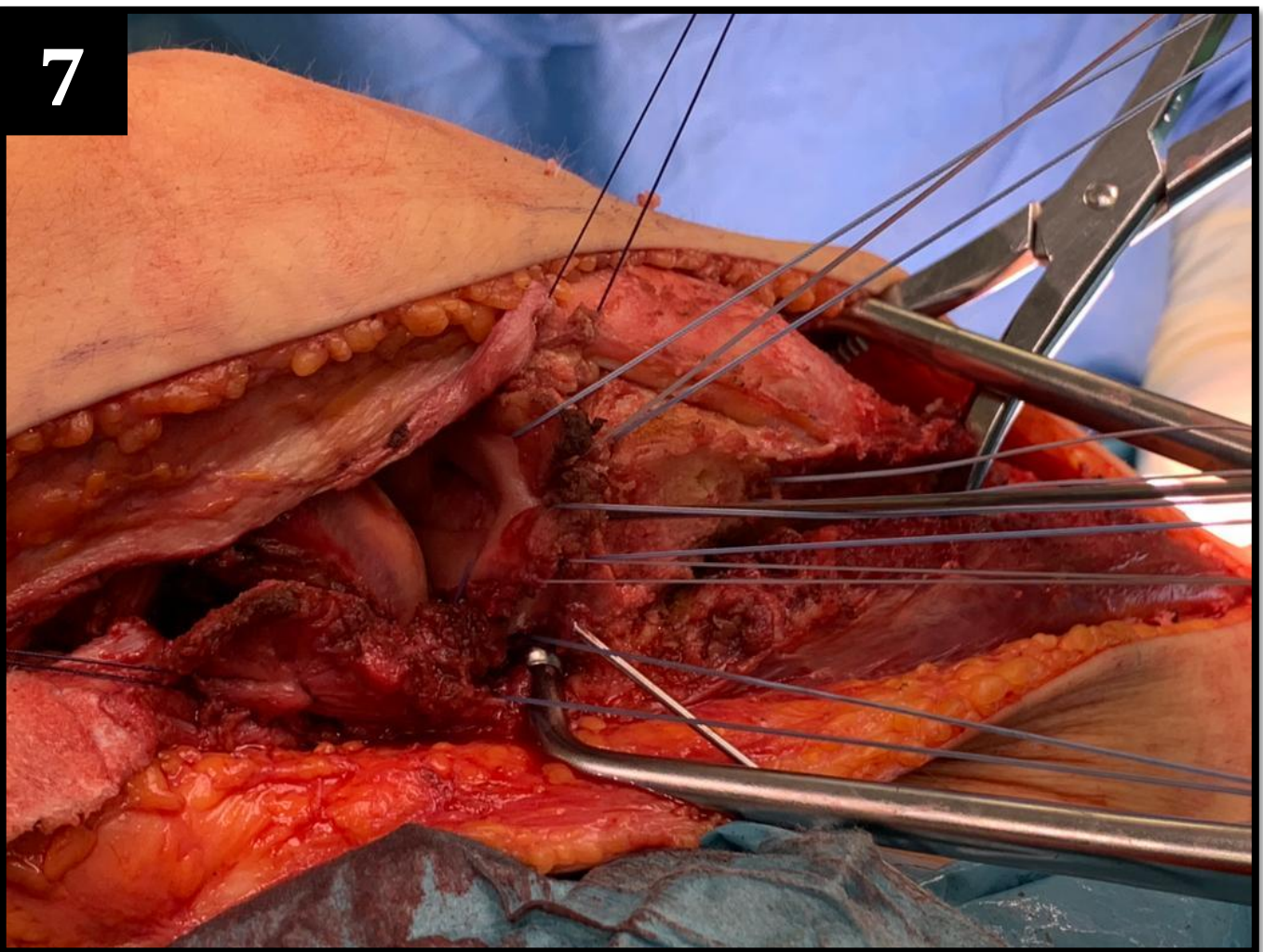
Se realiza osteotomía del epicóndilo lateral del fémur donde se inserta el ligamento lateral externo y poplíteo. Acto seguido, se realiza una artrotomía submeniscal externa.



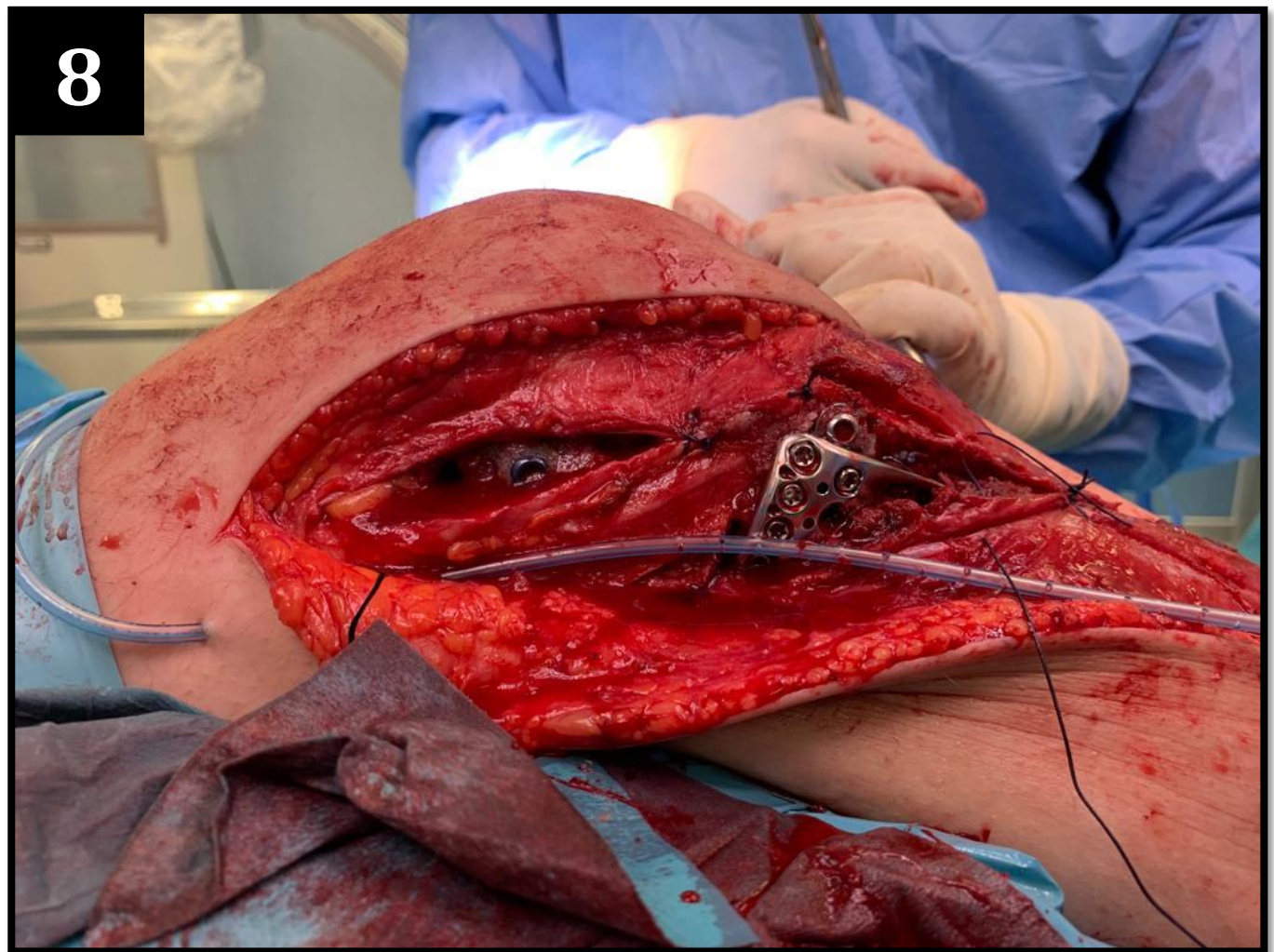
Realizando una maniobra de varo, rotación interna a 30º de flexión y luxación meniscal hacia medial, se consigue visualizar correctamente la totalidad de la fractura.



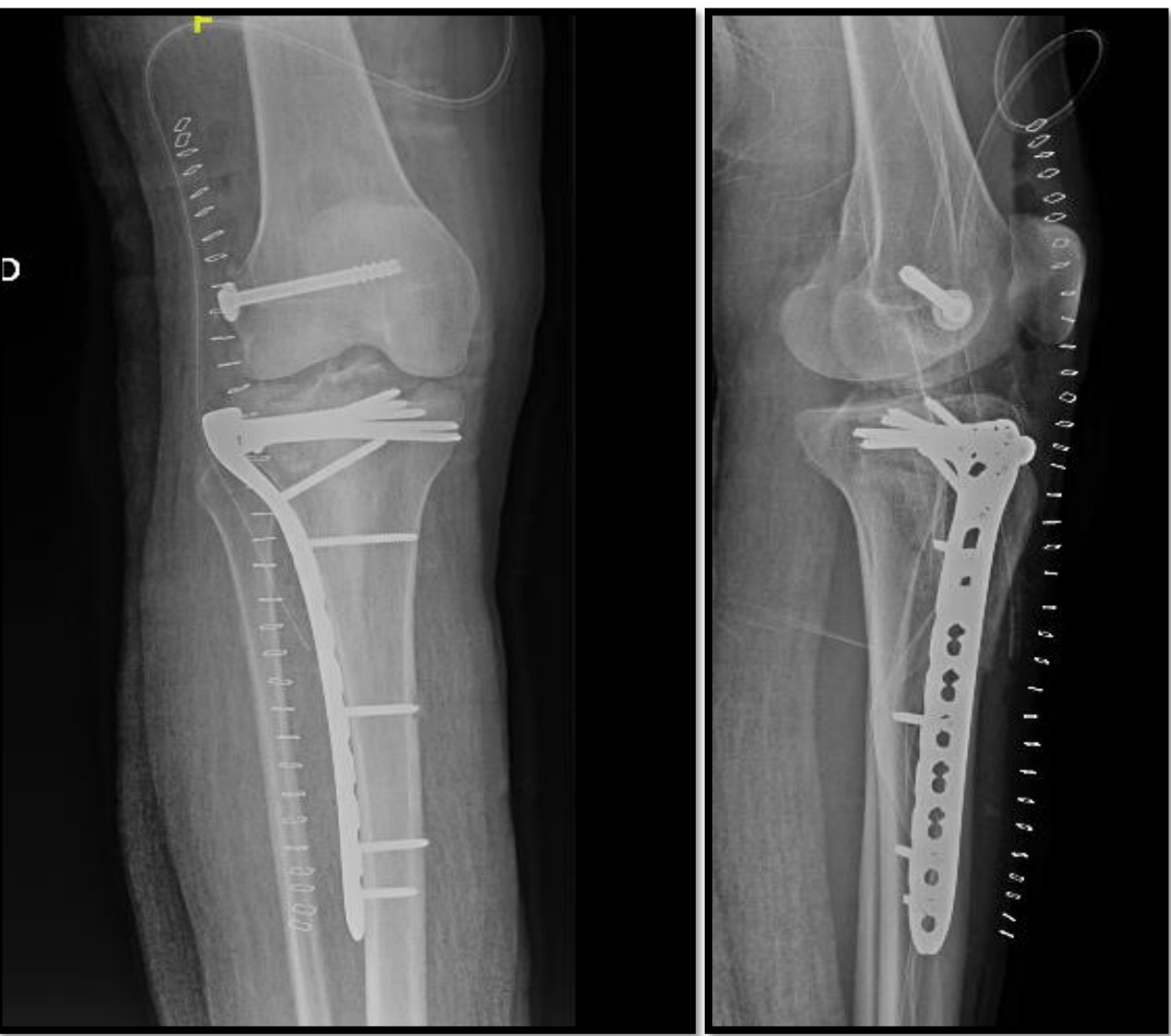
Se realiza una reducción satisfactoria bajo visión directa y a través del trazo de fractura diafisario. Se fija provisionalmente con agujas de Kirschner.



Se anclan las espinas tibiales a la metáfisis mediante sutura trans-ósea y se reinserta el menisco externo mediante arpones.



Reanclaje del tubérculo de Gerdy y el epicóndilo lateral con tornillos canulados. Osteosíntesis definitiva mediante placa anterolateral VA-LCP anatómica.



## EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA

El postoperatorio de la paciente fue favorable. Con un control radiográfico satisfactorio y ausencia de signos infecciosos.

Como complicación sufrió rigidez articular (ROM 0-70º) que requirió de una artrolysis artroscópica a los 3 meses postoperatorios. A los 7 meses tras la osteosíntesis presenta un ROM 0-130º, deambula sin dispositivos de ayuda y sigue progresando con tratamiento rehabilitador.

## CONCLUSIONES

- Este abordaje permite una adecuada visualización de la superficie posterolateral de la meseta tibial.
- Permite una correcta reducción bajo visión directa de los fragmentos posterolaterales.
- Existe bajo riesgo de lesión de estructuras neurovasculares.
- Todo ello con un único abordaje.

## BIBLIOGRAFÍA

