

CASO CLÍNICO Nº 25 (SCLECARTO, 2011)

AUTOR

Comité editorial de www.sclecarto.org

CASO CLINICO

Paciente mujer de 68 años de edad sin antecedentes patológicos de interés que, como consecuencia de la caída de unas escaleras, es llevada a urgencias con dolor e impotencia funcional para la deambulación. El estudio radiográfico reveló una fractura del extremo proximal de la tibia (Figura 1), que se detalló mediante TC (Figuras 2 y 3).



Figura 1



Figura 2

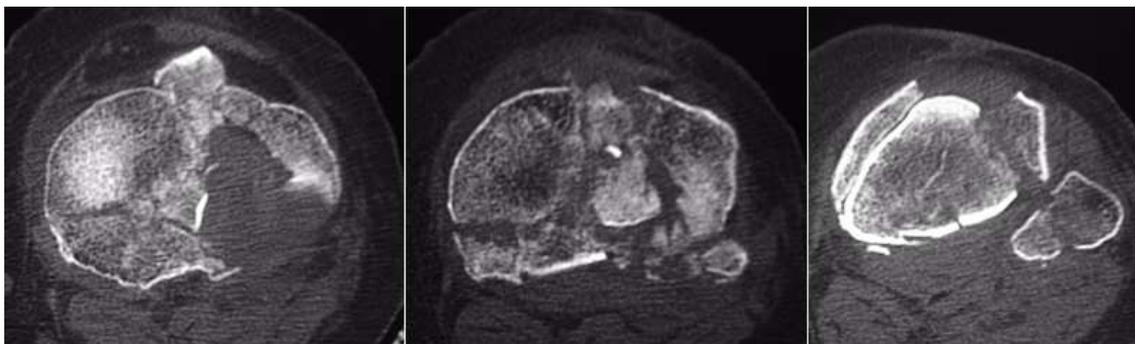


Figura 3

DIAGNÓSTICO

Fractura del extremo proximal de la tibia tipo Schatzker VI.

TRATAMIENTO Y RESULTADO

La fractura fue reducida con un mínimo abordaje y se realizó una fijación con tornillos y fijador externo tipo Tenxor (Figura 4). La paciente evolucionó sin complicaciones postoperatorias. La fractura consolidó y se objetivó una artrosis postraumática no limitante que la paciente tolera en la actualidad.

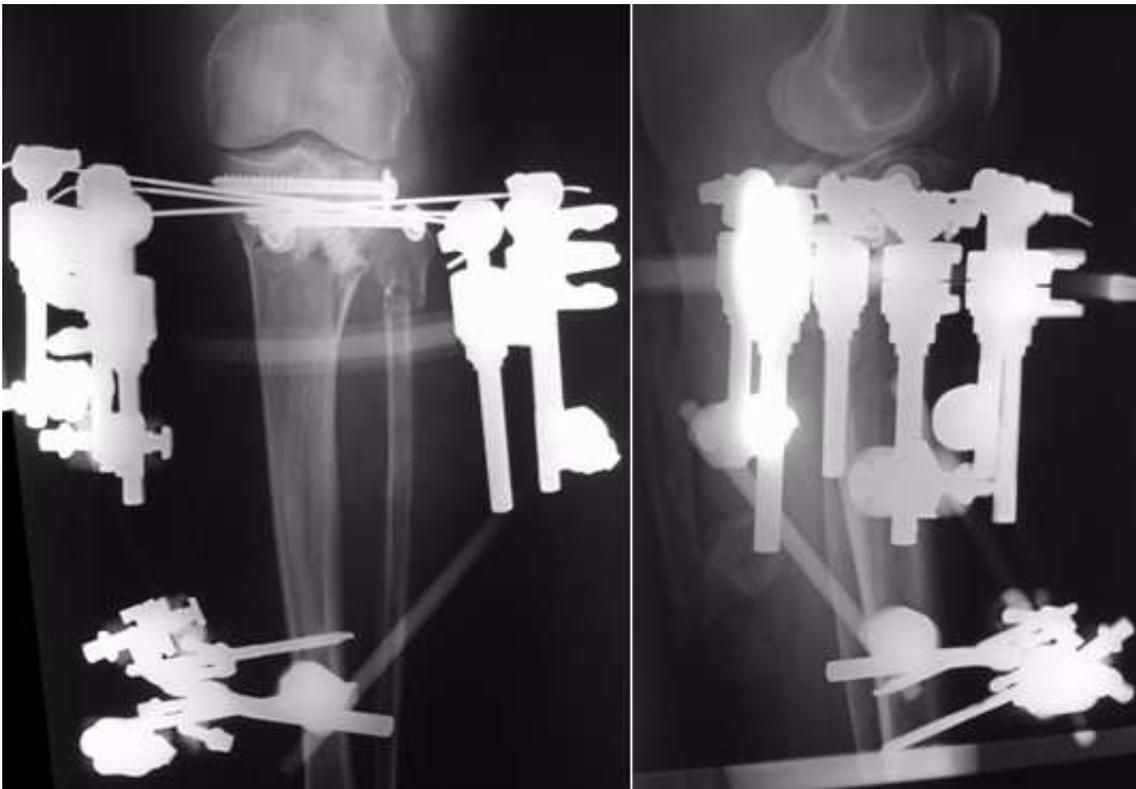
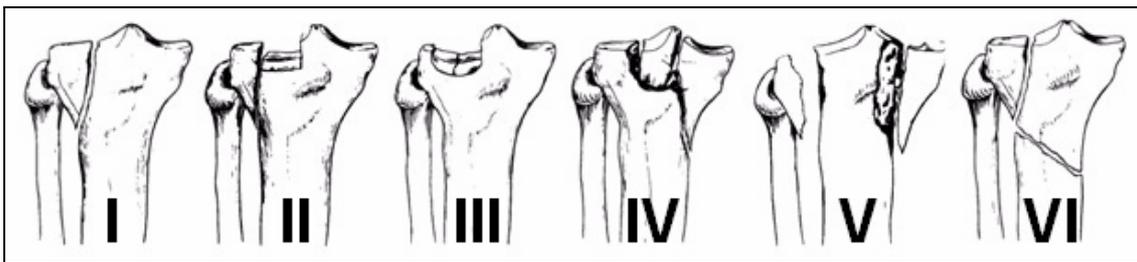


Figura 4

DISCUSIÓN

Se consideran fracturas del extremo proximal de la tibia a las de meseta y a las metafisarias proximales, que se clasifican de forma independiente. Si aquéllas son intraarticulares por definición, las metafisarias usualmente no lo son, aunque puedan tener un trazo articular simple poco o nada desplazado. La gravedad de unas y otras es variable, dependiendo del traumatismo que las causa. El tratamiento de las formas más complejas, usualmente fracturas de alta energía con múltiples fragmentos y extensión intra-articular y diafisaria con daño de las partes blandas vecinas, es difícil y controvertido.



Clasificación de Schatzker de las fracturas del extremo proximal de la tibia

El objetivo del tratamiento de las fracturas del extremo proximal de la tibia es conseguir una reducción articular lo más anatómica posible y un alineamiento metafiso-diafisario aceptable con una fijación que respete las partes blandas y permita la movilización precoz del paciente y de la rodilla, si es posible con carga del miembro. Los métodos de los que disponemos se resumen en inmovilización enyesada; reducción y fijación interna, abierta o percutánea; y fijación externa. En todos los casos con extensión articular hay que contemplar la posibilidad de precisar injerto o un sustitutivo óseo para rellenar el vacío que resultara de la elevación de los fragmentos subcondrales hundidos y, en ocasiones, el control artroscópico de este gesto a nivel articular, sobre todo en fracturas I-III de Schatzker de la meseta tibial externa. Estas fracturas suelen asociar una rotura meniscal que habría que reparar, aunque a menudo son lesiones periféricas que no lo precisarían.

La reducción abierta y fijación interna convencional, que puede hacerse a través de una doble incisión, supone un mayor riesgo de complicaciones de la herida quirúrgica (12-88%), sobre todo cuando se hacen despegamientos superficiales a la fascia profunda de la pierna y/o extensas desperiostizaciones, máxime en casos con sufrimiento de las partes blandas por el traumatismo. Las técnicas percutáneas o mínimamente invasivas, entre las que podríamos incluir a los fijadores externos, pretenden facilitar la curación de la fractura con una menor yatrogenia.

Las indicaciones de tratamiento de las fracturas del extremo distal de la tibia dependen del tipo de fractura. Cuando es de baja energía y no está desplazada se podría contemplar un tratamiento ortopédico. Cuando está desplazada se reduciría y se haría una fijación interna. Cuando es de alta energía la indicación

el caso que presentamos fue la opción decidida y deparó un resultado aceptable.

BIBLIOGRAFÍA

Ali AM, Yang L, Hashmi M, Saleh M. Bicondylar tibial plateau fractures managed with the Sheffield Hybrid Fixator. *Injury* 2001; 32: 86-91.

Bal GK, Kuo RS, Chapman JR, Henley MB, Benirschke SK, Claudi BF. The anterior T-frame external fixator for high-energy proximal tibial fractures. *Clin Orthop* 2000; 380: 234-40.

Bonnevialle P, Fouque E, Cariven P, Bertin R, Asensio G, Mansat M. Intérêt de la fixation externe dans les fractures du quart proximal du tibia. *Rev Chir Orthop* 1997; 83: 602-12.

Bonnevialle P, Pidhorz L. Traumatismes des genoux associés à une rupture de l'artère poplitée. Étude rétrospective d'une série de 54 cas. *Rev Chir Orthop* 2006; 92: 508-17.

Bono CM, Levine RG, Rao JP, Behrens FF. Nonarticular proximal tibia fractures: treatment options and decision making. *J Am Acad Orthop Surg* 2001; 9: 176-86.

Catagni MA, Ottaviani G, Maggioni M. Treatment strategies for complex fractures of the tibial plateau with external circular fixation and limited internal fixation. *J Trauma* 2007; 63: 1043-53.

Horwitz DS, Schabel KLS, Higgins TF. The economic impact of reprocessing external fixation components. *J Bone Joint Surg* 2007; 89A: 2132-6.

Marsh JL, Buckwalter J, Gelberman R, Dirschl D, Olson S, Brown T, Llinias A. Articular fractures: does an anatomic reduction really change the result? *J Bone Joint Surg* 2002; 84A: 1259-71.

Perry CR, Hunter RE, Ostrum RF, Schenck RD Jr. Fractures of the proximal tibia. *AAOS Instructional Course Lectures* 1999; 48: 497-513.

Piper KJ, Won HY, Ellis AM. Hybrid external fixation in complex tibial plateau and plafond fractures: an Australian audit of outcomes. *Injury* 2005; 36: 178-84.

Schatzker J, McBroom R, Bruce D. The tibial plateau fracture. The Toronto experience 1968-1975. *Clin Orthop* 1979;138: 94-104.

Tejwani NC, Hak DJ, Finkemeier CG, Wolinsky PR. High-energy proximal tibial fractures: treatment options and decision making. *AAOS Instructional Course Lectures* 2006; 55: 367-79.

Weigel DP, Marsh JL. High-energy fractures of the tibial plateau. Knee function after longer follow-up. J Bone Joint Surg 2002; 84A: 1541-51.

Windhagen H, Glöckner R, Bail H, Kolbeck S, Raschke M. Stiffness Characteristics of composite hybrid external fixators. Clin Orthop 2002; 405: 267-76.