

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FRACTURA BIFOCAL DE TIBIA: LIBRE ELECCION DEL PACIENTE

Autor: Branly Parra Prieto, Enric Puñet Blanco – Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología

Introducción

En la actualidad el tratamiento para las fracturas diafisarias de tibia en los adultos aceptado es el quirúrgico (enclavado endomedular o placa) no siendo de primera elección el tratamiento ortopédico en una gran parte de los casos.

También está más que aceptada la participación activa del paciente en la toma de decisiones frente al tratamiento de sus patologías en la mayoría de los escenarios cuando no existe una situación médica o legal que se lo impidan (retraso mental, demencia, gravedad, etc.).

En ocasiones se presentan situaciones médicas, sociales y personales en las cuales los pacientes con una patología en este caso con una fractura de tibia tributaria de tratamiento quirúrgico una vez se les ha brindado la información amplia y suficiente sobre los pros y contras de lo que recomendamos y del tratamiento no quirúrgico la paciente opta por tratamiento ortopédico, que si bien no consideramos lo idóneo para el caso en particular si lo es para el paciente por lo cual brindamos el tratamiento elegido por la paciente.

Objetivo

Presentamos el caso de una paciente con fractura cerrada bifocal de tibia derecha (42C2) tratada ortopédicamente

Caso Clínico

Mujer de 42 años con AP de obesidad, diabetes, hipertensión arterial, hipotiroidismo e infarto lacunar, quien en la semana 11 de embarazo gemelar recibe traumatismo directo pierna derecha (atropello) presentando fractura de tibia bifocal transversa-oblicua corta clasificación 42C2 sin fractura de peroné.

Se propone osteosíntesis mediante enclavado endomedular anterógrado. Tras explicar diagnóstico, tratamiento, riesgos de la intervención, de irradiación y anestésicos, la paciente rechaza el tratamiento quirúrgico, optando por el ortopédico.



Inicial



1er mes



2º mes

Tratamiento

El tratamiento consistió en inmovilización con yeso cruropedico, descarga total durante 8 semanas y control radiográfico 1, 2, 6, 12, 24 y 36 meses con retraso en la consolidación, pero buen resultado clínico radiológico.



12 meses



24 meses



36 meses

Conclusiones

La toma de decisiones sobre el tratamiento y participación del paciente puede ser difícil, siendo fundamental dar la información completa para que este tome la decisión final.

