

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de pilón tibial son una patología frecuente en nuestro medio. Estas presentan riesgo de deterioro significativo de partes blandas en las 24 horas del episodio, aunque este riesgo aumenta notablemente con la energía del traumatismo, por lo que requieren una reducción y estabilización precoz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 40 años con fractura abierta Gustillo II (43.C3) tras accidente de moto. Se interviene de urgencia, realizando desbridamiento, reducción, osteosíntesis percutánea de la superficie articular con 2 tornillos de osteosíntesis y colocación de un fijador externo Orthofix (MBA).



(Fig 1 y 2)
Radiografía
inicial,
presentando
fractura Fractura
pilón tibial C3
Gustillo II



(Fig 3 y 4) Radiografías
de control
porstquirúrgico

RESULTADOS

Tras cirugía y antibioterapia, aparecieron flictenas, desapareciendo tras dos semanas de la cirugía, sin signos de infección. La reducción de la fractura articular y alineación fue excelente, por lo que optamos como tratamiento definitivo. El paciente continuó con el fijador 8 semanas, en las que permaneció en descarga. Transcurrido dicho periodo, comprobamos la buena evolución del paciente, por lo que permitimos movilidad de tobillo y mantenemos la descarga otro mes, hasta el inicio de la carga.

DISCUSIÓN

El tratamiento ideal de las fracturas de pilón tibial sigue creando enorme controversia. A lo largo de la literatura existen defensores y detractores de unas y otras técnicas quirúrgicas. A principios de los años sesenta el grupo AO desarrolló una guía de tratamiento para la RAFI: reconstrucción de la longitud del peroné, reconstrucción de la superficie articular, tratamiento de defectos metafisarios con injerto óseo si es preciso y, por último, placa de sostén para mantener la alineación. Nosotros preferimos intervenir quirúrgicamente de urgencia si fuera posible, utilizando miniincisiones y asociar un fijador externo. Si no fuera posible intervenir de urgencia es recomendable esperar 10-12 días hasta mejora de tejidos blandos. La mejora de partes blandas evita complicaciones que pueden comprometer los resultados obtenidos durante la cirugía.



(Fig 5 y 6) Control radiológico 4 semanas postcirugía, se observa correcta consolidación y alineación