

PRESENTACIÓN DE CASOS

Uso de injerto de cresta ilíaca en la reconstrucción de la superficie articular en una fractura grave de los platillos tibiales

DANIEL BERARDINELLI y JUAN PABLO SIRCELJ

Consultorio Médico Privado de Traumatología, San Miguel de Tucumán

Un paciente de 32 años, de oficio carpintero, consulta en la guardia el 20 de abril de 2002 por un traumatismo en la rodilla izquierda.

En el examen clínico inicial presentaba dolor, tumefacción, deformidad e impotencia funcional, ciático-poplíteo externo y pulsos periféricos presentes.

En las radiografías (frente y perfil) de rodilla se observaba subluxación anterior y fractura del margen posterior de ambos platillos tibiales, importante impactación y conminución de la superficie articular del platillo tibial externo, arrancamiento de espinas tibiales, y trazo longitudinal metafisodiafisario externo, según la clasificación AO C3 (Fig. 1A y B).

Se inmoviliza con yeso inguinopedio previa constatación de la indemnidad vascular. Por razones económicas no se pudo efectuar tomografía computarizada (TC) ni resonancia magnética (RM).

La intervención quirúrgica fue realizada 17 días después mediante un abordaje tipo Mercedes (Fig. 2A y B), el cual fue elegido para obtener mayor acceso a los márgenes posterolateral y posteromedial de los platillos correspondientes. Se observó una lesión severa de la superficie articular del platillo tibial externo, impactación de 2 cm aproximadamente en la metafisis y desinserción periférica del menisco externo.

Se intentó la reducción de la superficie articular del platillo tibial externo, lo cual fue imposible por su impactación y conminución. Por lo tanto, se procedió a la reconstrucción de la superficie articular con injerto de cortical interna de cresta ilíaca y preservación del menisco

con sutura periférica, luego se colocaron injertos en chips corticoesponjosos para rellenar los *gaps*, y se estabilizó con placa de sostén en L y tornillos canulados (Fig. 3A y B).

Se destaca que no se utilizó manguito hemostático en la cirugía y que se dejó un drenaje aspirativo, el cual se retiró a las 48 horas. Se efectuó movilización activa asistida en el posoperatorio inmediato (Fig. 4A y B), se indicó apoyo en tres puntos a los dos meses y carga completa luego del quinto mes. Se logró la movilización activa completa, la consolidación de la fractura, buena alineación y no se evidencian signos de inestabilidad ni degeneración articular a los 24 meses de la cirugía (Fig. 5A y B). Consideramos que el resultado obtenido fue satisfactorio.

Discusión

La clasificación de Schatzker es la más usada, pero según nuestro criterio esta fractura no se encuentra netamente dentro de esa clasificación, sino que podría corresponder a una tipo V con trazo metafisodiafisario más hundimiento central mayor de 1 cm y avulsión de espinas tibiales, por lo que creemos que se ajusta más a la clasificación AO. Coincidimos con otros autores en que es importante agrupar las fracturas según los mecanismos, el tipo de fractura (estudiada por radiografía, TC y RM), tratamientos y resultados similares para realizar una clasificación.^{3,4,8,11} Queremos destacar que la TC y la RM son de utilidad y deben utilizarse para clasificar la fractura en forma correcta, pero en este caso no se realizaron por razones económicas y porque el tiempo para la cirugía ya superaba el adecuado.

Decidimos realizar la vía de abordaje tipo Mercedes para llegar con facilidad a la reducción de la parte posterior de ambos platillos tibiales. También aquí coincidimos en que el abordaje universal es el adecuado en la ma-

Recibido el 17-5-2005. Aceptado luego de la evaluación el 1-3-2006.

Correspondencia:

Dr. DANIEL BERARDINELLI
Rivadavia 597
(4000) - San Miguel de Tucumán
Tel.: 0381-4300486
consmp@intramed.net.ar

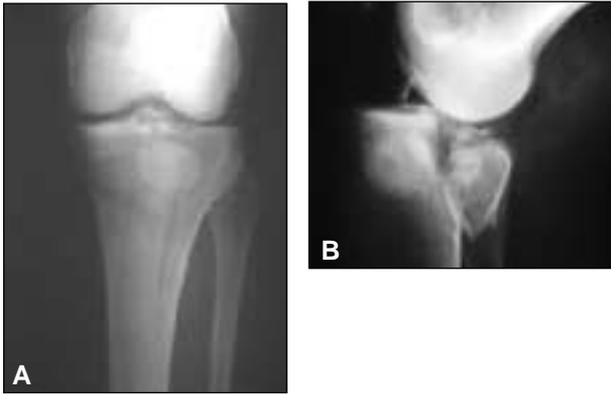


Figura 1 A y B. Fractura compleja de platillos tibiales.

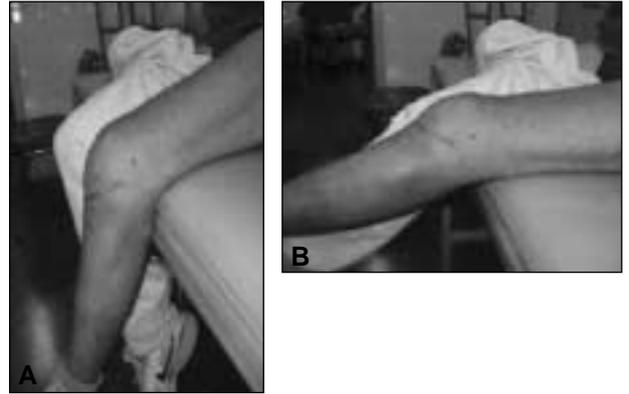


Figura 4 A y B. Posoperatorio inmediato.

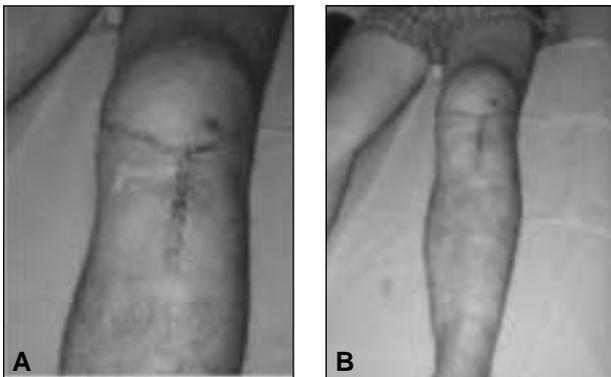


Figura 2 A y B. Abordaje tipo Mercedes.

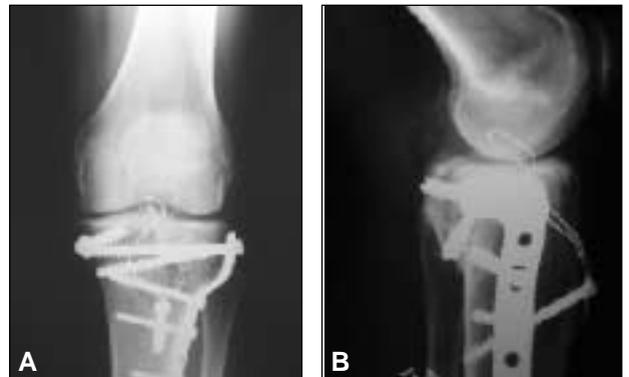


Figura 5 A y B. Radiografías a los 24 meses de la cirugía con resultado satisfactorio.

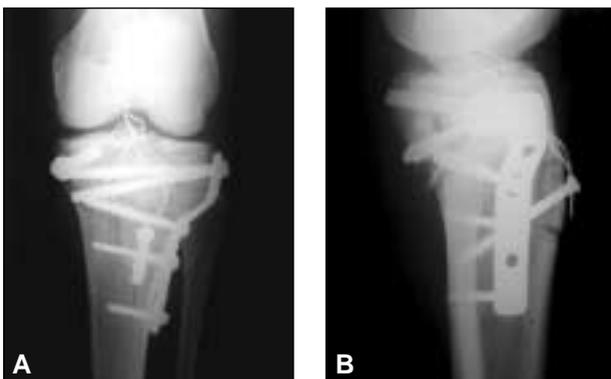


Figura 3 A y B. Placa de sostén en L y tornillos canulados.

yoría de los casos, salvo en circunstancias como la planteada.

El manejo adecuado de los tejidos, descartar lesiones vasculonerviosas, la reducción anatómica de la superficie

articular, el injerto óseo si es necesario, la preservación del menisco y la estabilización interna son las premisas en este tipo de fractura para lograr resultados satisfactorios.^{2,4-9}

No hemos encontrado bibliografía referente al uso de injerto cortical para restaurar la superficie articular por la pérdida del cartílago y hueso subcondral, pero sí hay una técnica que utiliza la parte articular de la cabeza del peroné.¹

Pensamos que ante la situación descrita es válido el método realizado y que el resultado obtenido es satisfactorio a los 24 meses de la cirugía, similar a los publicados, pero es importante esperar la evolución con un mayor tiempo de seguimiento.⁶⁻⁸

Los motivos de la presentación de este caso son:

- El tipo de injerto que se usó en la pérdida de cartílago y de hueso subcondral.
- La preservación del menisco, que en este caso creemos de fundamental importancia.
- El resultado obtenido a los 24 meses de evolución.

Referencias bibliográficas

1. **Campbell WC, Canale ST.** *Cirugía ortopédica*. 9ª ed. Vol. 3. España: Harcourt Brace; 1998.p.2110.
2. **Honkonen SE.** Degenerative arthritis after tibial plateau fractures. *J Orthop Trauma*;9(4):273-277;1995.
3. **Khan RM, Khan SH, Ahmad AJ, et al.** Tibial plateau fractures. A new classification scheme. *Clin Orthop*;(375):231-242; 2000.
4. **Koval KJ, Helfet DL.** Tibial plateau fractures: evaluation and treatment. *J Am Acad Orthop Surg*;3(2):86-94;1995.
5. **Padanilam TG, Ebraheim NA, Frogameni A.** Meniscal detachment to approach lateral tibial plateau fractures. *Clin Orthop*; (314):192-198;1995.
6. **Porter BB.** Crush fractures of the lateral tibial table. Factors influencing the prognosis. *J Bone Joint Surg Br*;52(4):676-687; 1970.
7. **Savoie FH, Vander Griend RA, Ward EF, et al.** Tibial plateau fractures: a review of operative treatment using AO technique. *Orthopedics*;10(5):745-750;1987.
8. **Schatzker J, Mc Broom R, Bruce D.** The tibial plateau fracture. The Toronto experience 1968-1975. *Clin Orthop*;(138):94-104; 1979.
9. **Stevens DG, Beharry R, Mc Kee MD, et al.** The long-term functional outcome of operatively treated tibial plateau fractures. *J Orthop Trauma*;15(5):312-320;2001.
10. **Touliatos AS, Xenakis T, Soucacos PK, et al.** Surgical management of tibial plateau fractures. *Acta Orthop Scand Suppl*;275: 92-96;1997.
11. **Yacoubian SV, Nevins RT, Sallis JG, et al.** Impact of MRI on treatment plan and fracture classification of tibial plateau fractures. *J Orthop Trauma*;16(9):632-637;2002.