

FRACTURAS DE PILÓN TIBIAL TRATADAS CON PLACA LCP ANTEROLATERAL EN POSICIÓN ANTEROMEDIAL. ESTUDIO EN CADÁVER Y SERIE PRELIMINAR DE CASOS

Carlos Jiménez Garrido, Miriam Saadouli Arco, Rodrigo Víquez Da Silva, Francisco de Borja Delgado Rufino, Alfonso Queipo de Llano Temboury.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

Introducción El tratamiento quirúrgico de las fracturas del pilón tibial constituye un desafío para los cirujanos ortopédicos, debido a la dificultad técnica para restaurar la superficie articular pues tanto una placa en la cara interna como el uso de doble placas provocan un porcentaje alto de complicaciones debido a la pobre cobertura de partes blandas en la tibia distal. **Objetivo:** Evaluación del uso de una **placa anteroexterna LCP de pilón contralateral en posición anterointerna** evitando la placa en posición puramente interna disminuyendo la prominencia de la placa sobre el maleolo interno y consiguiendo realizar un sostén anterior y un «rafting» de la superficie articular.

MATERIAL Y MÉTODOS: En primer lugar se realizó un estudio en 5 tibias cadavéricas de la distribución de los tornillos y adaptación de la placa mediante TC 3D (Fig1) Desde 2012-2017 se recogieron consecutivamente **26 fracturas articulares del pilón tibial** (AO 43B-C) intervenidas mediante la técnica descrita. Los pacientes firmaron consentimiento informado para inclusión en estudio. Las principales variables analizadas se recogen en la tabla 1. Se excluyeron las fracturas extraarticulares y las abiertas grado II-III y fracturas tipo B del Tillaux.

RESULTADOS: Los resultados principales se resumen en la tabla 1. Las complicaciones se resumen en la tabla 2. Dos pacientes fueron excluidos por imposibilidad de seguimiento. **A destacar que no hubo ninguna necrosis cutánea (séptica ni aséptica), pseudoartrosis o fracaso del material de osteosíntesis.**

Variable	N= 26
Edad (años)	45,2 ± 18,53 (22-72)
Alta energía	22 (84,6%)
AO	
- B	7 (26,9%)
- C	19 (73,1%)
Fractura abierta tipo (Gustilo-Anderson Tipo I).	1 (3,8%)
Fractura cerrada	25 (96,2%)
Días desde Fx hasta cirugía	12,5 ± 5,12 (7-25)
Fx peroné asociada	13 (50%)
Inmovilización inicial	
- Férula	8 (31,8%)
- FFEE	18 (69,2%)
Abordaje	
- Anteromedial	21 (80,7%)
- Anterior	5 (19,3%)
Seguimiento (meses)	18,42 ± 11,19 (7-36)
FADI y resultados:	84,75 ± 25,1 (44-99)
- Excelentes o Buenos	20 (83,3%)
- Malos o pobres	4 (16,6%)

Tabla 1 Variables y resultados

CONCLUSIONES: En este estudio preliminar la placa en posición **anteromedial** aporta buenos resultados clínicos y radiológicos, aportando sostén en los fragmentos mediales y anteriores con una disminución de las complicaciones tanto de partes blandas como previniendo el desplazamiento 2º en varo. Nuevos estudios biomecánicos y clínicos serán necesarios.

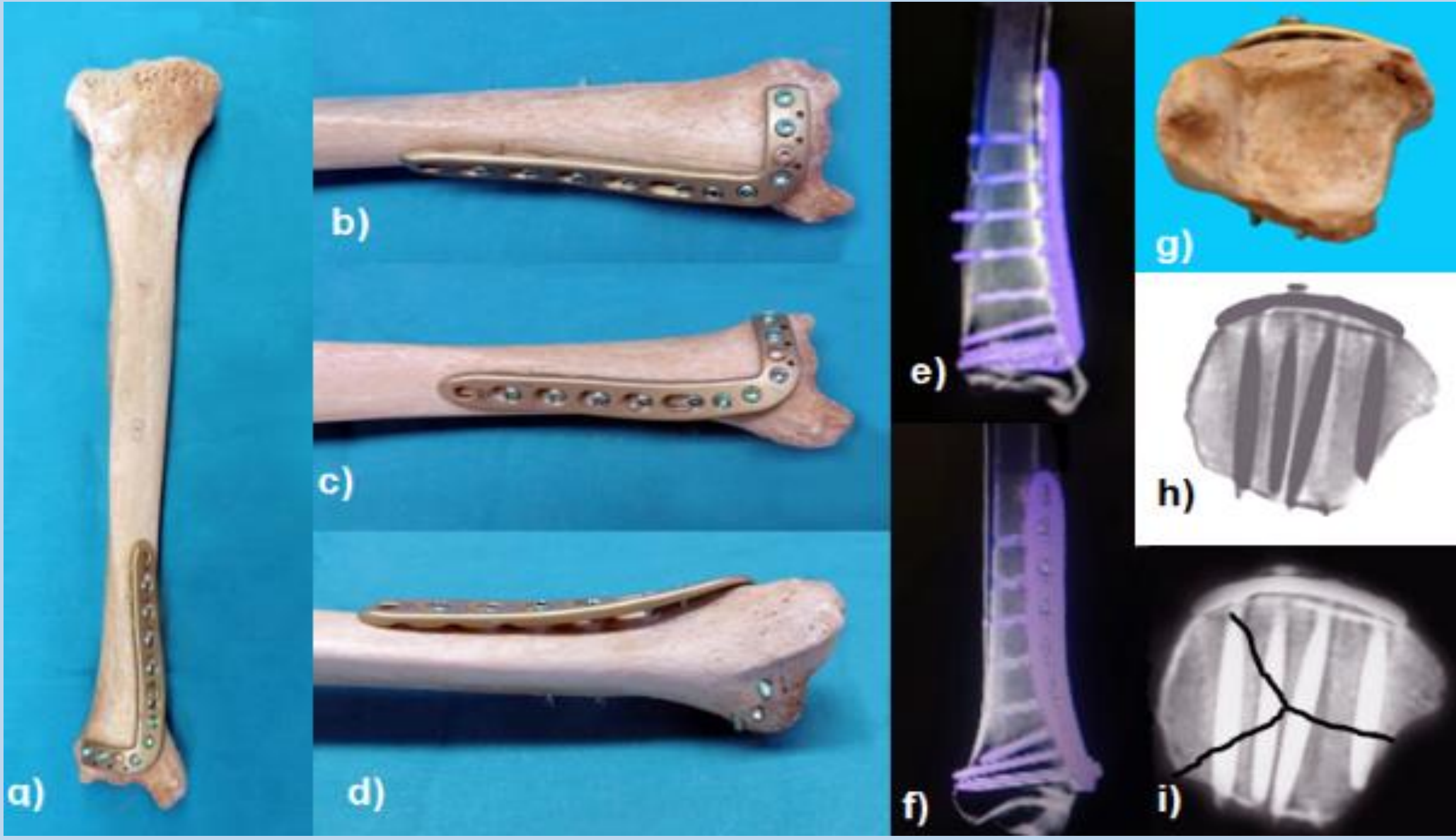


Figura 1 «Rafting» articular sobre una tibia de cadáver

Variable	N= 26
Pérdida de reducción o fracaso de MO	0 (0%)
Pseudoartrosis	0 (0%)
Reintervenciones	5 (19,2%)
- Fractura abierta tipo II periimplante	1 (3,8%)
- Fístula en placa peroné en Fx abierta grado I	1 (3,8%)
- Limpieza y desbridamiento con EMO por infección	1 (3,8%)
- EMO por molestias material	2 (7,6%)
Infección profunda	3 (11,7%) (1 en peroné)
Progresión Rx artrosis	4 (15,4%)

Tabla 2 Complicaciones (EMO= extracción material de osteosíntesis)

