

Fractura del maléolo medial de la tibia. Osteosíntesis con placa LCP en “T”

Caso 3

Angel Rubio de Francia
Centro Clínico Veterinario Indautxu
angelrubio@vetindautxu.com

Caso Clínico: “Harold” es un Galgo Español, macho castrado, de 6 años y 30,500 Kg. de peso. Se presenta con cojera de la extremidad posterior derecha desde hace 4 días. Viene con una venda en el tarso y con una radiografía en la que se aprecia fractura del maléolo medial de la tibia. En la exploración se aprecia una marcada atrofia del muslo izquierdo y el propietario indica que se debe a una fractura múltiple de la pelvis sucedida hace unos 4 años. Hace 3 años le realizaron una artroplastia de escisión de la cabeza y el cuello femoral en la citada extremidad posterior izquierda. Se realiza una radiografía de la pelvis (Imagen 1) en la que se comprueba la mal-uni3n de la fractura pélvica así como varios perdigones, y otras radiografías del tarso (Imagen 2) que demuestran la fractura del maléolo tibial y otra pequeña fractura articular en la parte caudal de la tibia distal (flecha amarilla).



Imagen 1



Imagen 2

Tratamiento: Mediante un acceso sobre el maléolo medial se localiza y se reduce la fractura del maléolo y se realiza la osteosíntesis con una placa LCP (Locking Compression Plate - DePuy Synthes) en "T" de cabeza mellada con 4 tornillos de bloqueo de 2,4 mm. y otro tornillo de 2,4 mm. realizado compresión axial sobre el foco de fractura. A continuación se amplía el acceso caudalmente para identificar la fractura caudal de la tibia que se fija con una aguja de Kirschner de 0,8 mm. Tras la radiografías postquirúrgicas (Imagen 3), se coloca un vendaje de Robert-Jones y se prescribe tratamiento con Amoxicilina-Clavulánico, Meloxicam y Tramadol durante 5 días.



Imagen 3

Seguimiento:

- 12 días: Se retira el vendaje y los puntos de sutura y se coloca otro vendaje más ligero. El apoyo es correcto y sin cojera. Se sigue recomendando reposo.
- 1,5 meses: Se retira el vendaje y se realiza una radiografía mediolateral (Imagen 4). Sigue el apoyo sin molestias. Se recomienda incrementar el ejercicio pero siempre con el paciente atado.
- 3 meses: "Harold" está haciendo vida normal. Le dejan suelto y corre sin problemas (a pesar de la recomendación de no hacerlo). Hacemos otra radiografía mediolateral (Imagen 5) y damos el alta al paciente.
- 14 meses: Volvemos a ver a "Harold". No hay ningún problema con su extremidad operada pero en el pie izquierdo lleva puesta una botita por problemas en la almohadilla del 4º dedo. Se observa que los dedos 3º y 4º están más flexionados de lo normal y no se puede extenderlos, probablemente a consecuencia de las lesiones antiguas.



Imagen 4



Imagen 5

Comentarios:

- Elección de los implantes: Tradicionalmente este tipo de fracturas se tratan mediante una banda de tensión, es decir, dos agujas de Kirschner paralelas que atraviesan la fractura y llegan hasta la cara interna de la cortical lateral de la tibia y un cerclaje en "8" sujeto a las mismas y a un orificio que se realiza por encima de la fractura. Esta técnica es muy eficaz cuando se consigue realizarla adecuadamente, pero esto no está exento de dificultad. Si colocamos las agujas lo más distal posible para coger la mayor parte del maléolo y hacer que sea más improbable que este se desgarre, no tenemos ángulo suficiente para alcanzar la cortical lateral de la tibia y si forzamos este ángulo podemos colocarlas de forma intraarticular. Este tipo de placas, que están disponibles para tornillos de 2,0, 2,4 y 2,7 mm., son muy versátiles y pueden adaptarse perfectamente a este tipo de fracturas, siempre que tengamos suficiente cantidad de hueso en el maléolo para colocar dos tornillos. Además, permiten hacer compresión axial aumentando la estabilidad y favoreciendo la unión de la fractura. Esta compresión axial es posible con estas placas pues están diseñadas con "agujeros combinados", que permiten la colocación tanto de un tornillo de bloqueo como de un tornillo estándar, realizando compresión axial o no.
- Fijación de la fractura articular caudal de la tibia: Es probable que de haberse presentado esta fractura de forma aislada hubiese propuesto un tratamiento conservador, pero una vez realizado el acceso creí ventajoso fijarla. La aguja de Kirschner debería haber llegado hasta la cortical craneal de la tibia pero chocó con un tornillo y supuse que ya estaba en esa cortical.
- ¿Extracción de los implantes?: No creo que deba proponer la extracción de estos implantes a menos que el paciente manifieste alguna molestia asociada a los mismos. Son implantes bastante pequeños en relación al tamaño del paciente y no cabe esperar que produzcan un estrés de protección.