

Fracturas de la TTA a propósito de un caso.

Jesús Llorens Fernández, José Antolín Aguilera Pérez, Josefa Andrés Grau, Jorge Crespo Cánovas , Antonio López Albaladejo.
Complejo Hospitalario de Cartagena.

Objetivo:

Presentar un caso de fractura de la TTA para ofrecer información acerca de su clínica, diagnóstico y tratamiento.

Material y Metodología:

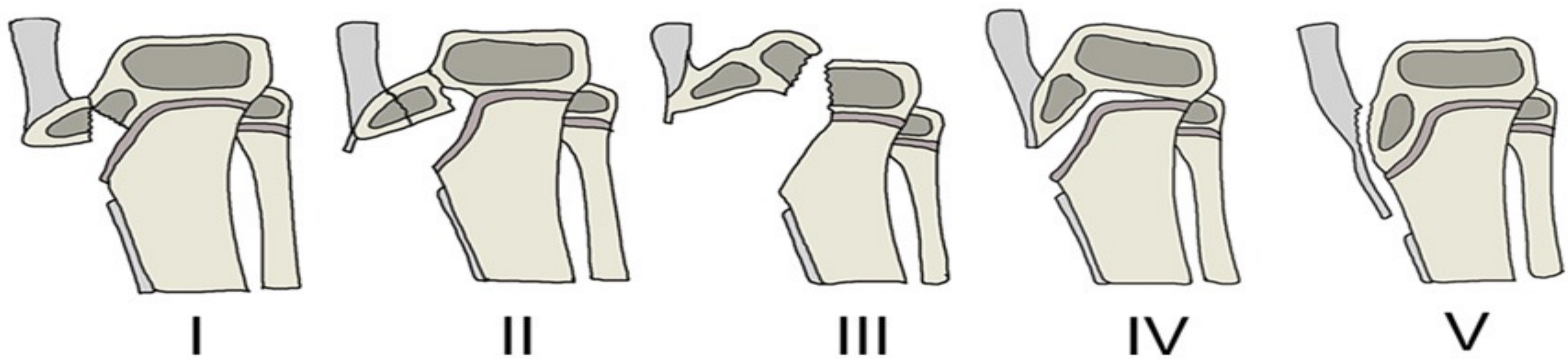
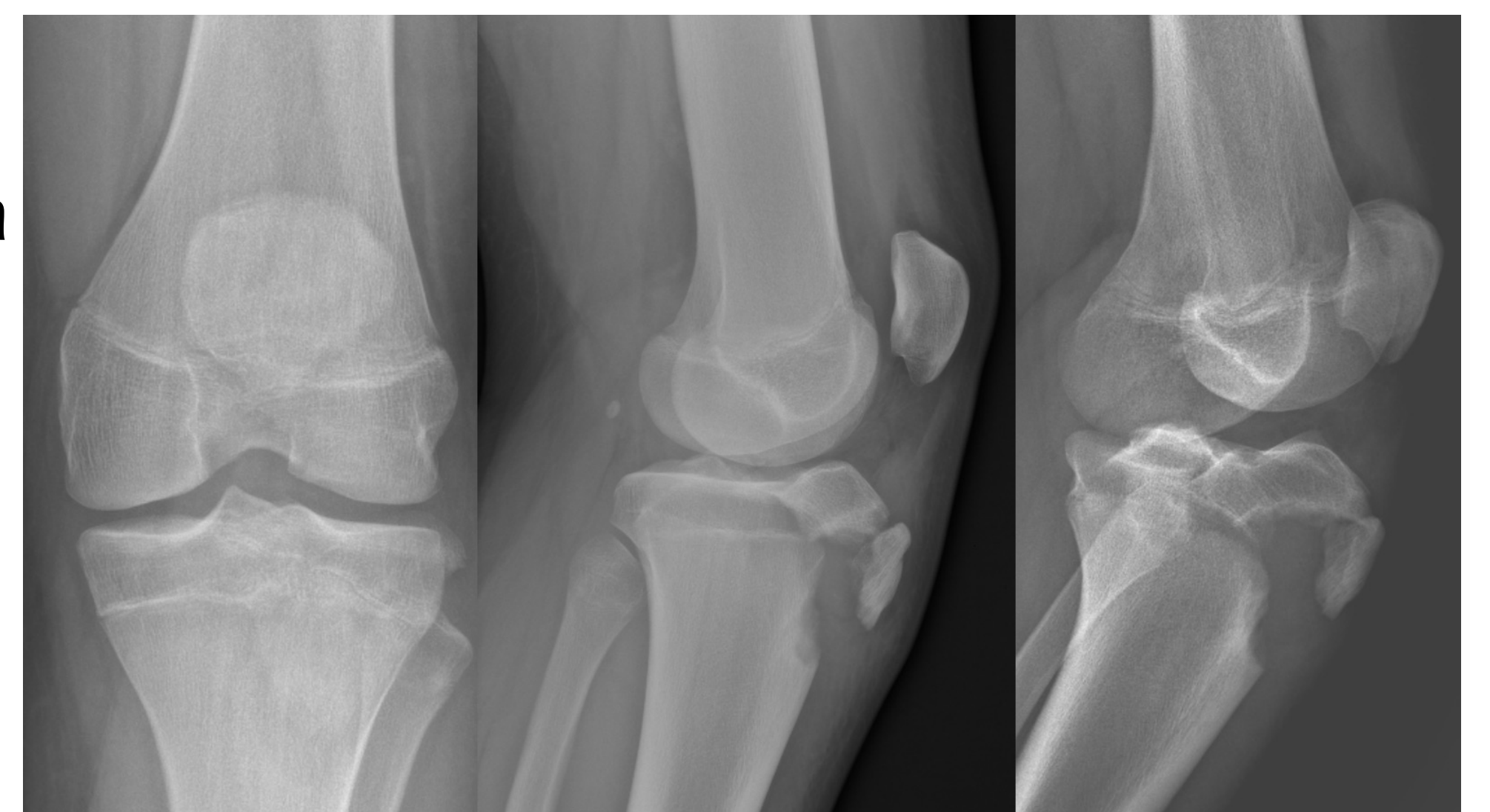
Las fracturas de la TTA suponen el 5% de las lesiones fisarias y se catalogan según la clasificación de Watson-Jones en 5 tipos. El paciente tipo es un varón deportista entre los 14-16 años y sus factores de riesgo son: Rótula baja, sobrepeso, acortamiento de isquiotibiales, enfermedad de Osgood-Schlatter o anomalías fisisarias. Presenta dos mecanismos lesionales: Contracción del cuádriceps contrarresistencia o flexión pasiva de rodilla con el cuádriceps contraído.

Para su diagnóstico son necesarias radiografías en proyección AP, lateral y en rotación interna ligera ya que la TTA se dispone justo lateral al eje tibial. Si se sospecha extensión intraarticular se debe solicitar TC.

Resultados:

Paciente varón de 15 años con sobrepeso (IMC 31.4km/m²) que presenta dolor en rodilla derecha tras extensión brusca al chutar un balón.

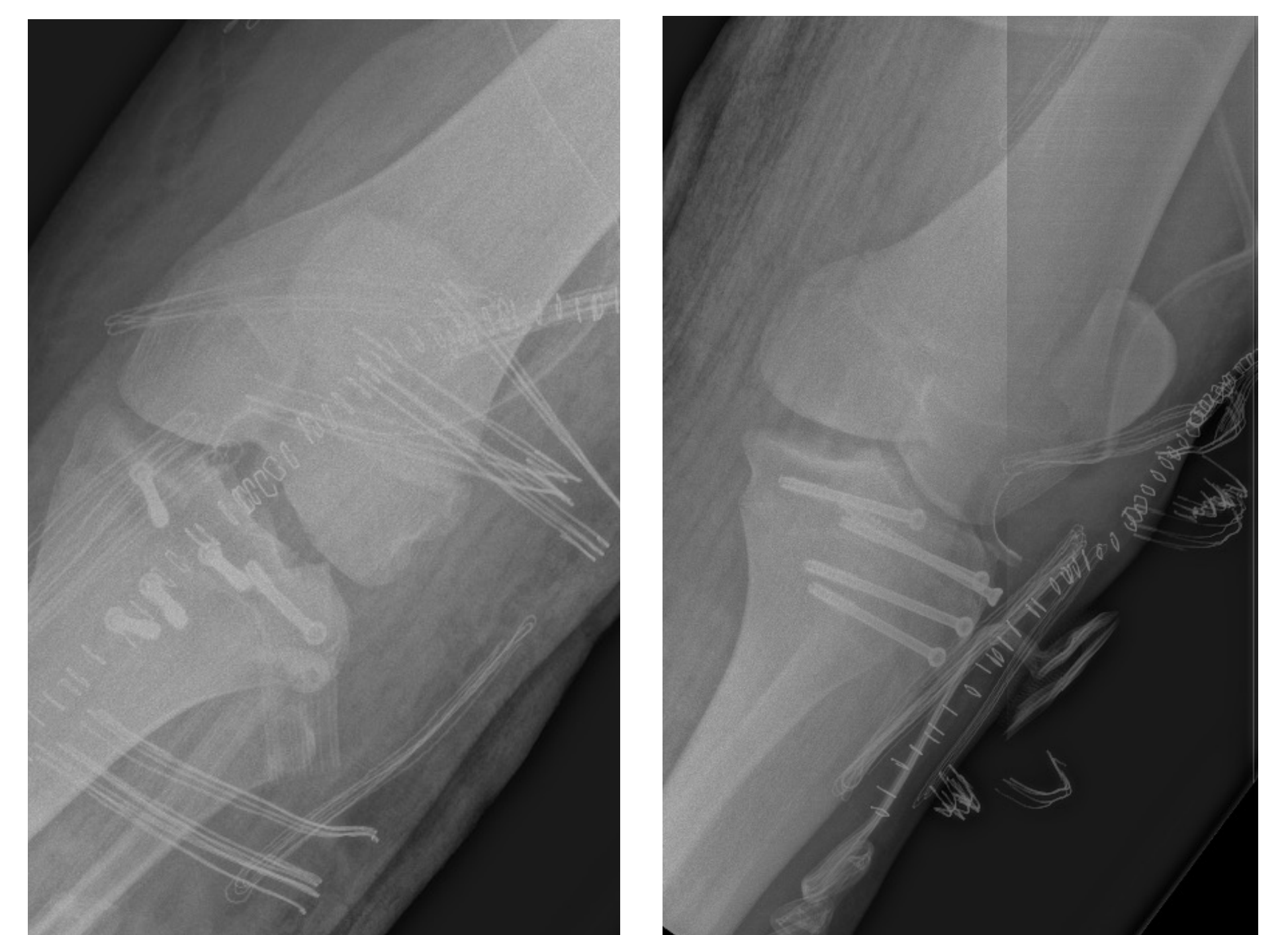
En la exploración física presenta tumefacción, hemartros con sobrenadante graso e imposibilidad para la extensión de rodilla. Se solicitan radiografías y TC que muestran fractura de TTA tipo 3 de Watson-Jones.



Clasificación de Watson-Jones:

- 1 Trazo a través de centro de osificación secundario, con avulsión de pequeño fragmento distal (1A Separación incompleta con respecto a metáfisis, 1B separación completa)
- 2 Extensión anterior a núcleo primario y secundario (2A no conminuto, 2B conminuto)
- 3 Afectación intraarticular (3A sin conminución, 3B conminuto)
- 4 Avulsión completa de la epífisis (4A Salter-Harris grado 1, 5B Salter-Harris grado 2)
- 5 o en Y griega que une el 3B y el 4

Se interviene con reducción cerrada y osteosíntesis con 3 tornillos a nivel epifisario más otros dos en TTA. Se realiza artroscopia para comprobar correcta reducción articular e integridad de meniscos y ligamentos cruzados. Por la importante inflamación se ejecuta fasciotomía profiláctica del compartimento anterior de la pierna. Se inmoviliza con férula cruropédica a 30° de flexión durante 4 semanas. A los 3 meses volvió a su actividad deportiva y en la actualidad se encuentra asintomático.



Conclusiones:

Para mejorar el pronóstico de estas lesiones se debe restaurar el aparato extensor y la congruencia articular (que está alterada en más de la mitad de los casos, sobre todo si al producirse la fractura la rodilla se encuentra a más de 30° de flexión). Cuando esto no se consigue de manera cerrada, está indicada la cirugía. Una complicación que puede aparecer hasta en el 3% de casos es el síndrome compartimental, secundario a sangrado de la rama recurrente de la tibial anterior y debe ser identificado de manera precoz por su importante morbilidad.