

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las **fracturas de la diáfisis tibial** representan el 15% de las fracturas pediátricas de huesos largos, son las terceras más frecuentes y las segundas que requieren hospitalización en la población pediátrica. El objetivo es presentar un caso clínico de un paciente en edad pediátrica con una fractura abierta de tibia diafisaria y su evolución.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años acude tras caerse de un columpio y sufrir aplastamiento de la pierna izquierda. Presenta una **fractura abierta de tibia y peroné distal grado IIB de Gustilo** con exploración neurovascular distal conservada. Tras actuación habitual urgente; se procede a la **reducción y fijación interna con TENS en tibia y placa de tercio de caña en peroné** bajo control de escopia. Cirugía plástica plantea un cierre en un segundo tiempo y se coloca **VAC** inicial. Posteriormente comienza con un déficit de flexión dorsal del hallux, inmovilizándose con ortesis antiequina.

Un mes después, se realizó el desbridamiento y colgajo de avance con arteria perforante de arteria tibial posterior.

Tras 6 semanas, comenzó apoyo parcial. La EMG informó de una **neuroapraxia del ciático poplíteo externo**.

A los 5 meses, en TC se informaba de **no unión del foco intermedio de fractura y consolidación proximal y distal de la tibia y consolidación completa de peroné**; con el paciente asintomático, se decide esperar para la toma de una decisión.

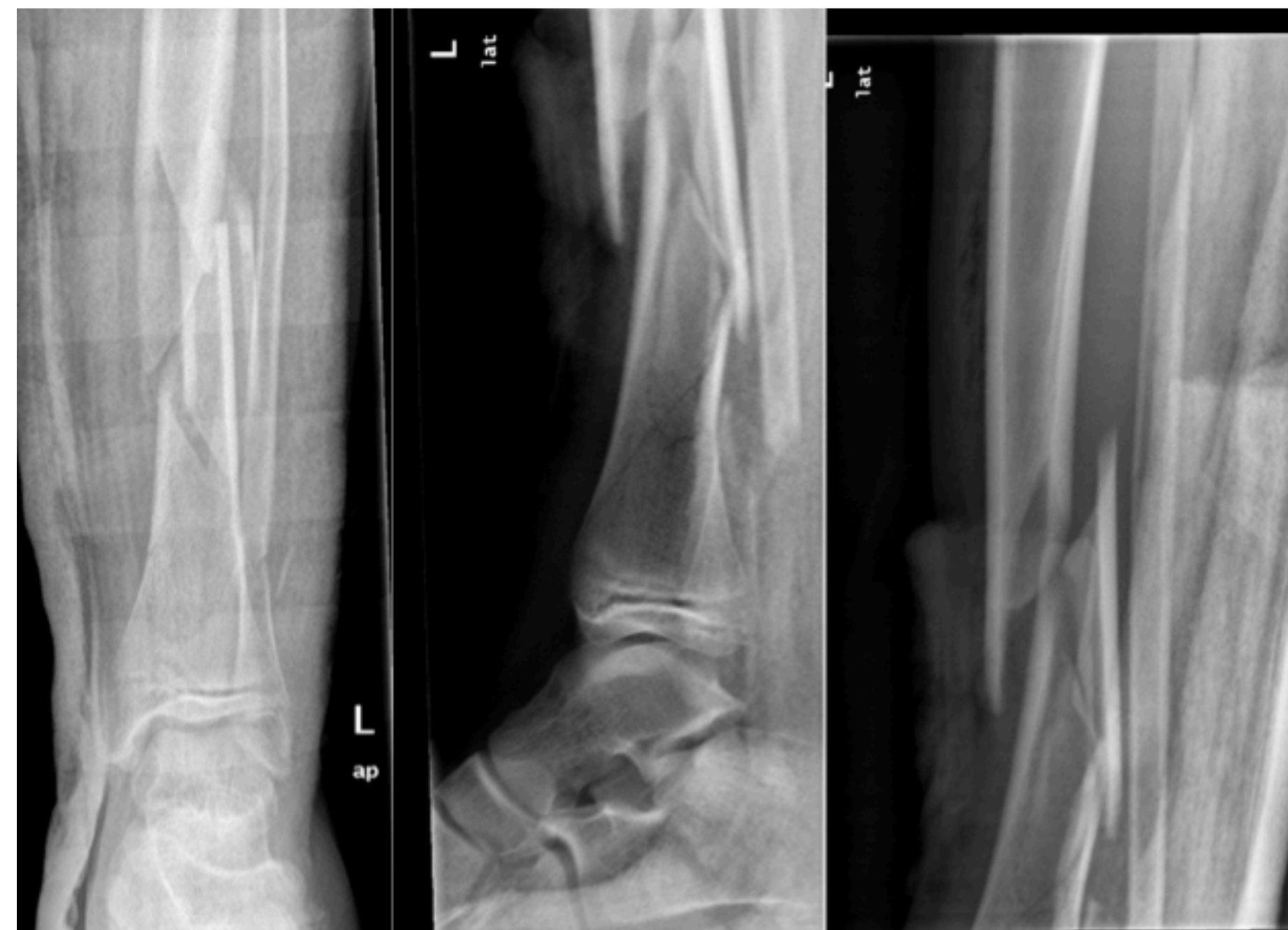
A los 7 meses, el paciente presentó una recuperación completa de la paresia y en la radiografía se aprecia un **gran callo óseo en tibia**. Se decide extracción de TENS al año de la cirugía inicial. En controles clínicos y radiológicos, buena evolución recuperando una actividad normal.

DISCUSIÓN Y CONSLUCIONES

En fracturas abiertas en pacientes pediátricos las opciones de tratamiento a considerar son la reducción cerrada y enyesado en tipo I de Gustilo; en el resto, fijación externa, fijación interna con clavos endomedulares flexibles o la combinación de ambas técnicas o fijación interna con placas.

El enclavado intramedular flexible es una forma eficaz de tratamiento de las fracturas diafisarias pediátricas incluso en lesiones de Gustilo grado IIB. Encontramos una duración de la estancia en el hospital en estudios menor y una consolidación más rápida que con fijador externo.

La biología de la reparación de fracturas en niños tiene **mejor pronóstico** debido a una mejor evolución de los tejidos blandos y la regeneración del periostio y del hueso.



Radiografía inicial anteroposterior y lateral de fractura de tibia y peroné distal



Radiografía de control anteroposterior y lateral postquirúrgica



Radiografía de control anteroposterior y lateral y TC de reconstrucción 3D a los 5 meses postcirugía



Radiografía de control anteroposterior y lateral a los 7 meses



Teleradiografía miembros inferiores de control al año