

Fractura triplanar en niña de 11 años. Diagnóstico y tratamiento.

MORA SIMÓN CA., GONZALEZ ALONSO, C., BARUQUE ASTRUGA M., BRISO-MONTIANO PINACHO R., SAN JOSÉ PARDO I.

CENTRO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA. ESPAÑA.



Imagen 1: Rx AP tobillo.

Imagen 2: Rx Lat. tobillo.



Imagen 3: TC AP. tobillo.

Imagen 4: TC Lat. tobillo.

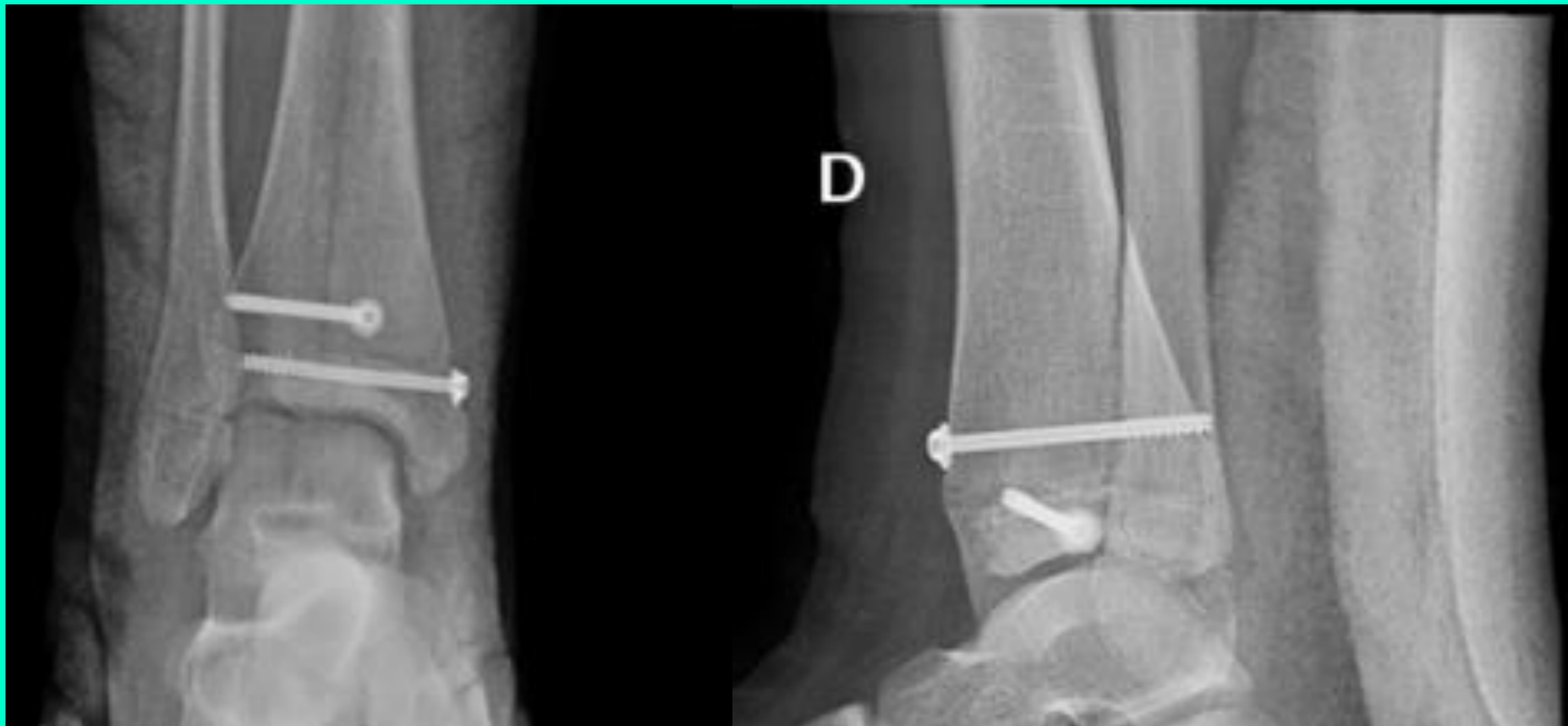


Imagen 5: Rx AP. Tobillo Post IQ.

Imagen 6: Rx Lat. Tobillo Post IQ.



Imagen 7: Rx AP. Tobillo Control anual.

Imagen 8: Rx AP. Tobillo Control anual.

Objetivos

Las fracturas de tobillo en niños suponen 3.5-5.5 % de todas las fracturas infantiles, siendo la 3ª causa de lesión fisaria. El genero más frecuente es en niños (58%) durante práctica deportiva.

La clasificación más utilizada sigue siendo la clasificación de Salter y Harris. Entre ellas se encuentra la fractura triplanar. Supone 5-15% de fracturas de tobillo en niños y el periodo más común es entre los 12 – 15 años. El objetivo es presentar una paciente de 11 años con fractura triplanar, Salter IV.

Material y metodología

Acude al servicio de urgencias una niña de 11 años con traumatismo indirecto tras resbalón en una piscina. El tobillo presenta dolor, tumefacción e imposibilidad para la deambulaci3n. Se realizan radiografías (imagen 1 e imagen 2) y se aprecia un trazo epifisario distal. Se aplica un yeso y al día siguiente se realiza un TC (Imagen 3 e imagen 4).

- Una línea de fractura vertical transversa, perpendicular a la fisis, que desciende desde el margen posterior de la tibia hasta la epífisis atravesando la línea fisaria, alcanzando la línea articular. La distancia entre fragmentos anterior y posterior es de unos 3,8mm máximo.
- Otra línea de fractura horizontal que sigue la fisis desde el borde anterior de la misma hasta confluir en la fractura anterior, que también afecta a la superficie articular (separaci3n 2.4mm) y otra línea de fractura vertical y en sentido anteroposterior que divide el fragmento anterior de la epífisis en dos y confluye en las dos líneas de fractura anteriores.

Tras el TC se decide IQ programada. Se realiza reducci3n con dos tornillos canulados, uno epifisario transversal y otro diafisario anterior posterior en la parte más distal, reduciéndose la fractura. Se inmoviliza con férula suropédica. (imagen 5 y 6)

Resultados

El postoperatorio evoluciona favorablemente. Al mes y medio se inicia la carga parcial con muletas y a partir del mes la carga completa. Finalmente, la paciente logra realizar vida normal asintomática.

Finalmente se hace controles anuales con buena consolidaci3n.

Conclusiones

En fracturas epifisarias de tobillo se debe prestar atenci3n a trazos no visibles en los que la ayuda de un TC facilita la diagn3stic y tratamiento final de la fractura. En este caso de presentaci3n inusual con un desplazamiento mayor de 2.5mm, se decide IQ con buena evoluci3n posoperatoria.

Bibliografía

- Shea KG, Frick SL. Ankle fractures. En: Flynn JM, Skaggs DL, Waters PM. Rockwood and Wilkins Fractures in children. 9ª ed, E. Wolters Kluwer,2019.
- Pediatric Knee; Leg, Foot and Ankle Trauma En: Cannada LK. Orthopaedic Knowledge Update 13. Ed. AAOS, 2021.
- Bogdan Y, Vallier HA What´s new in Orthopaedic Trauma? J Bone Joint Surg Am. 2022;104:1131-7.
- Marson BA, Craxford S, Ollivere BJ. Management of ankle fractures in children. Br J Hosp Med (Lond) 2019;80:201–3.
- Yeung DE, Jia X, Miller CA, Barker SL. Interventions for treating ankle fractures in children. Cochrane Database Syst Rev 2016;4:CD010836.