

Reporte de técnica quirúrgica

Doctor Rubén Darío Hernández S.
Centro Médico Imbanaco, Cali

Paciente de 39 años, de sexo masculino quien se accidenta conduciendo una moto y presenta una luxofractura expuesta de rodilla izquierda.

En el manejo inicial se realiza reducción de la luxación, lavado, desbridamiento y estabilización provisional, se toma una arteriografía intraquirúrgica por presentar signos de isquemia, la cual muestra espasmo de arteria poplítea, por lo tanto se llevaron a cabo fasciotomías medial y lateral de la pierna. En las radiografías de control se observa un defecto anterior y central del platillo tibial lateral (clasificación Schatzker III), además de compromiso de las espinas tibiales (figura 1). En un segundo tiempo el paciente se programó para fijación de las fracturas, injerto óseo y cierre de fasciotomías.

Intraoperatoriamente se observa que el defecto que se encuentra en el platillo tibial es profundo y hay un no-

torio daño del cartílago articular. Se decide tomar un injerto osteocondral de la cabeza de la fibula en su articulación con la tibia proximal mediante un abordaje lateral, respetando la inserción del bíceps, el ligamento colateral lateral, el ligamento tibio-fibular proximal y manejando con precaución el nervio peroneo común (figura 2).

Se aplica el injerto en el defecto, se fija junto a una porción de la cortical anterior del platillo con un tornillo de esponjosa (con arandela) de 6,5 mm al igual que la espina tibial (figuras 3 y 4). Observar cómo queda el defecto en la cabeza de la fibula (figura 5).

Creemos que ésta es una solución recomendable en aquellos casos traumáticos con un defecto osteocondral importante; es factible evaluar su uso y aplicarlo en otros tipos de patología en los cuales haya compromiso osteocondral.

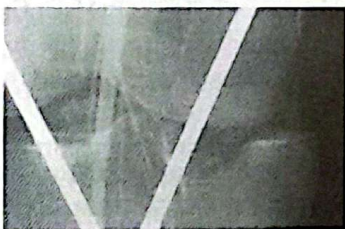


Figura 1. Radiografía inicial postreducción.

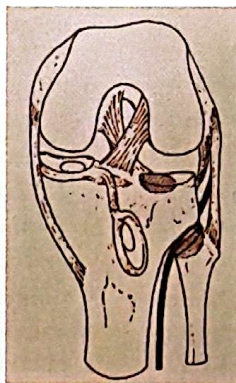


Figura 2: Esquema del procedimiento.



Figura 3: Radiografía AP de control.



Figura 4: Radiografía lateral de control.



Figura 5: Zona dadora.