

¿Podemos evitar el dolor anterior de rodilla en el tratamiento de fracturas de tibia?

Autores Moral Gámez JA, Alfaro Garijo, M. Castellano Curado, J. Quevedo Reinoso, RA. Olcina Meseguer, MA.

Objetivo

Comparar los resultados clínicos, funcionales y las complicaciones asociadas al enclavado intramedular mediante los abordajes SP e IP en fracturas diafisarias y metafisarias proximales de tibia.

Introducción

El enclavado intramedular (IM) es el tratamiento estándar para fracturas diafisarias de tibia. Sin embargo, el abordaje infrapatelar (IP) presenta **desafíos** en fracturas proximales debido a **malalineación** (15-40%) y altas tasas de **dolor anterior** de rodilla. El abordaje **suprapatelar** (SP), con la rodilla en **semiextensión**, ha surgido como una alternativa prometedora al reducir complicaciones y mejorar los resultados **funcionales** y **técnicos**.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de los artículos publicados en los últimos 10 años en PubMed, EMBASE, Cochrane y Web of Science. Se analizaron variables como **alineación** postoperatoria, **tiempo** de fluoroscopia, puntajes funcionales (**Lysholm**, **VAS**), **complicaciones** (pseudoartrosis, dolor anterior de rodilla, síndrome compartimental) y pérdida sanguínea intraoperatoria.

Figura 1. Tasas dolor anterior rodilla ~60% IP vs 30% SP

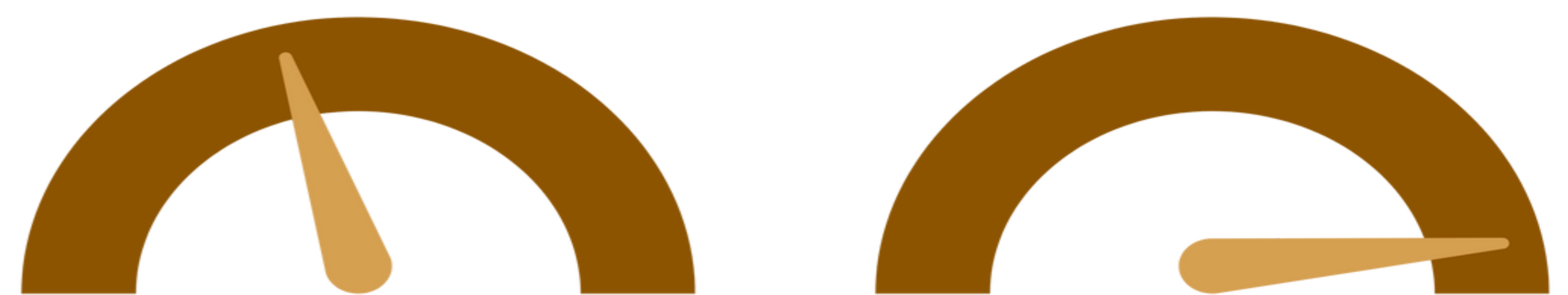
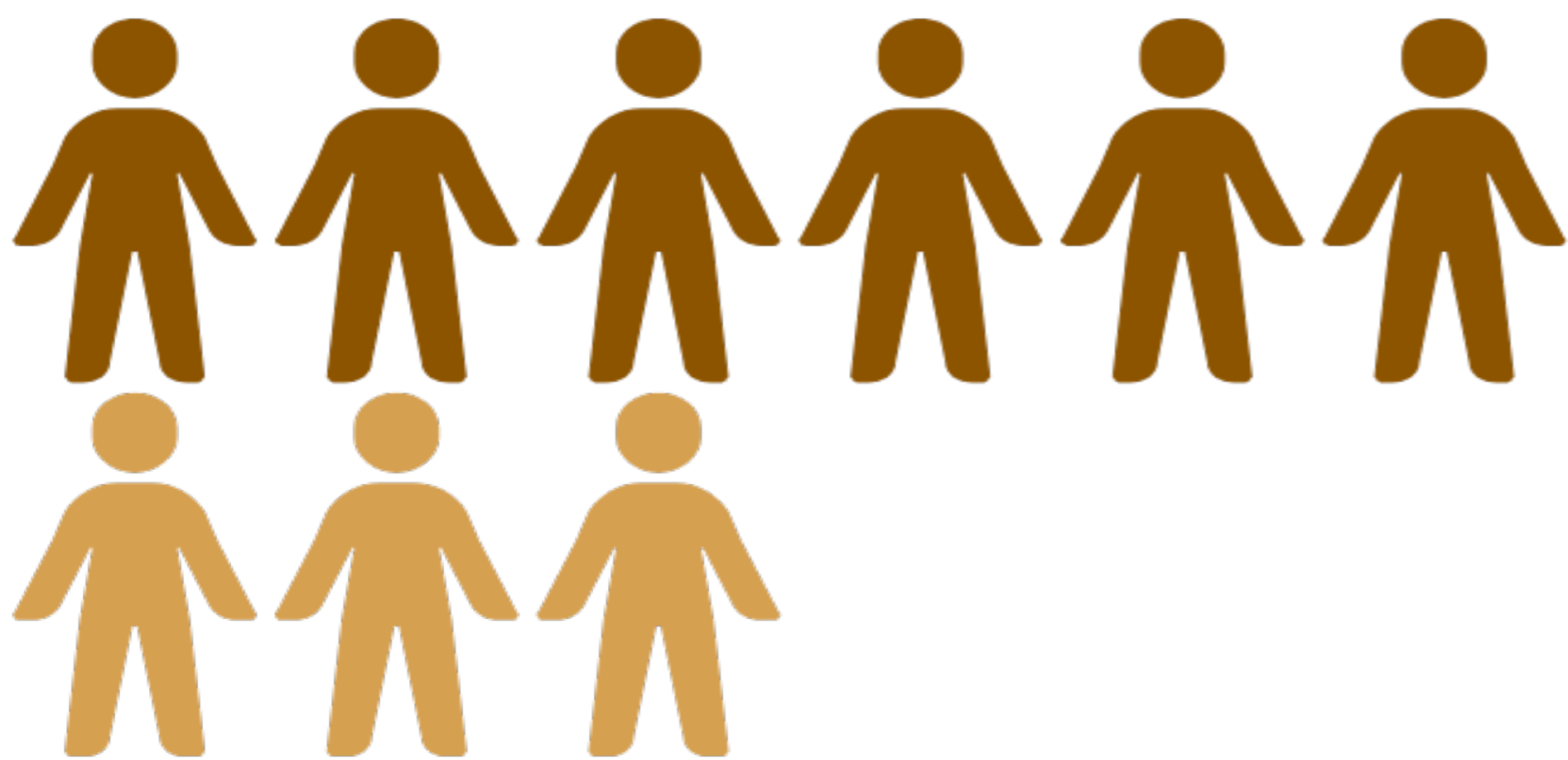


Figura 2. Tiempo fluoroscópico: 94.5" SP vs 204.5" IP, p<0.001

Conclusión

El abordaje **suprapatelar** representa una técnica superior al infrapatelar en fracturas diafisarias y metafisarias proximales de tibia al mejorar la **alineación**, reducir **complicaciones** y disminuir la exposición **fluoroscópica**.

Resultados - Discusión

El abordaje **SP** mostró **mejores** resultados **radiográficos** de **alineación** en los planos **coronal** y **sagital**. Demostró **menor** tasa de **tiempo quirúrgico** y tiempo de **fluoroscopia**. Obtuvo **mejores** resultados en las diferentes escalas (**Lysholm** y **Oxford**) El riesgo de **dolor anterior** de rodilla fue **menor** en SP (50-70% en IP vs. <30% en SP) al evitar el tendón rotuliano y las ramas del nervio safeno. Además, el SP facilita la **reducción** sin necesidad de maniobras extensas, optimizando la precisión del punto de entrada y evitando conflictos con la cortical posterior. En fracturas diafisarias, el SP redujo significativamente la incidencia de **síndrome compartimental** (0% en SP vs. 13% en IP; p < 0,001) al evitar flexión extrema y compresión poplítea.

Referencias

Wang Z et al. A systematic review and meta-analysis comparing suprapatellar versus infrapatellar approach intramedullary nailing for tibial shaft fractures. Eur J Trauma Emerg Surg. 2024

Honkonen EE et al. Suprapatellar tibial fracture nailing is associated with lower rate for acute compartment syndrome and the need for fasciotomy compared with the infrapatellar approach. J Orthop Traumatol. 2024