

Doncel García, A; González Codó, S; Suárez Betancor, M; Nori Rosendo GA; García González, V.
Hospital Ribera POVISA, Vigo

OBJETIVO

Describir la técnica de fijación percutánea transaquílea de maléolo posterior con tornillos canulados, como alternativa a las vías de abordaje estándar y a las técnicas percutáneas tradicionales, en aquellos pacientes con una fractura particularmente seleccionada.

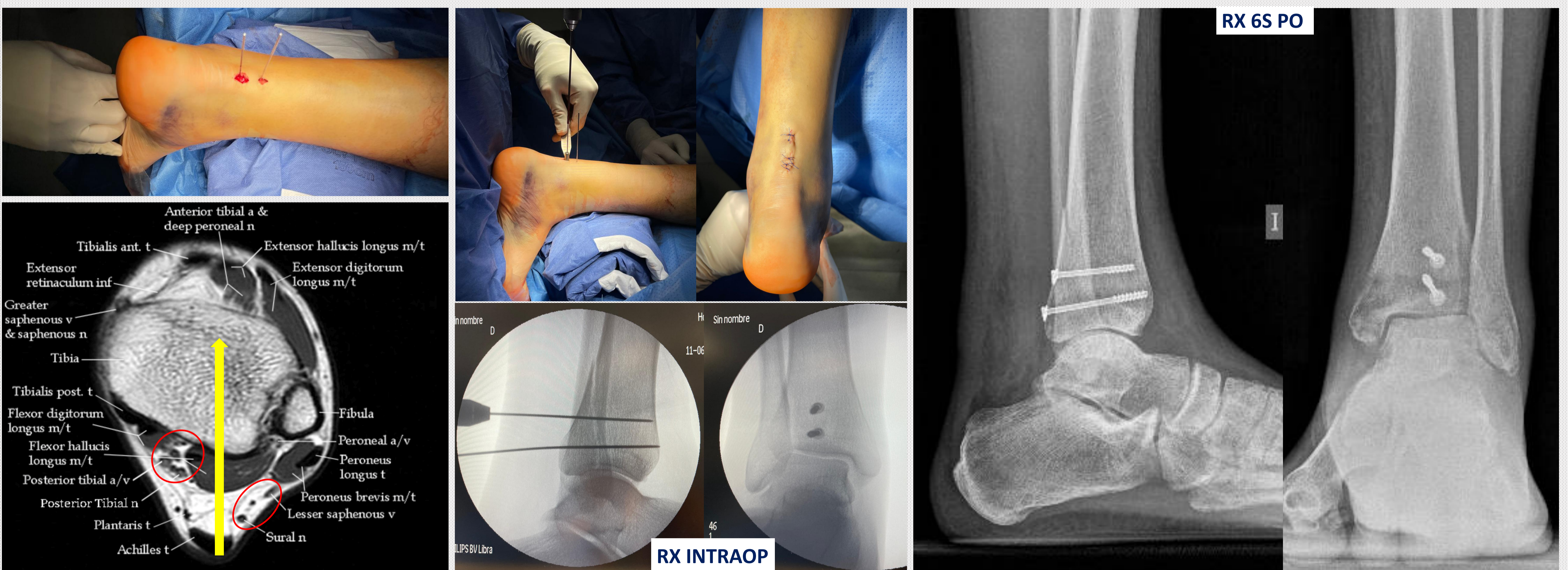


MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un análisis detallado de antecedentes, exploración física y pruebas complementarias del paciente. Posteriormente, prestando especial atención a las imágenes de la tomografía, se realizó una revisión bibliográfica sobre los diferentes métodos de abordaje a las fracturas de maléolo posterior, aplicando en nuestro paciente la considerada óptima por sus características clínicas y radiológicas.

RESULTADOS: Presentación del caso

Varón de 35 años sufre una fractura intra-articular no desplazada de maléolo posterior (OTA 43B1.1), correspondiente a una fractura tipo 1 de Haraguchi o tipo 4 de Bartoníček. Se llevó a cabo una osteosíntesis percutánea con dos tornillos canulados Asnis 4.0 mm con arandela de posterior a anterior, bajo abordaje transaquíleo. La carga según tolerancia fue permitida tras 4 semanas de la intervención. A las 6 semanas el paciente realizaba carga completa sin dolor y sin limitaciones en el balance articular de su tobillo. Gran satisfacción con el resultado tras 1 año postquirúrgico.



CONCLUSIONES

Esta técnica constituye una fijación sencilla y reproducible para fracturas de maléolo posterior (OTA 43B1.1) seleccionadas: **Haraguchi 1 / Bartoníček 2 / Bartoníček 4 no desplazadas con <2mm de escalón articular; Haraguchi 3 / Bartoníček 1 con un gran fragmento;** para el **aspecto postero-lateral de las Haraguchi 2 / Bartoníček 3;** e incluso para **aquellos casos en los que la morbilidad de la exposición de los tejidos blandos supere los beneficios de una reducción abierta.**

Es una alternativa a la exposición de los tejidos blandos de las RAFI y supone una **osteosíntesis biomecánicamente más estable** que otras técnicas percutáneas gracias a la posibilidad de una **mayor compresión** de posterior a anterior. Utiliza una **vía segura** evitando el nervio sural y la vena safena menor situados laterales al borde lateral del tendón, rechazando tanto un punto de entrada lateral a la línea sindesmótica vertical postero-medial para no comprometer la sindesmosis posterior; como demasiado medial, pudiendo dañar el tendón del flexor largo del hallux.

REFERENCIAS



REFERENCIAS

