

DOLOR DE RODILLA POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS, ¿ ESTÁN LAS ESPINAS ARRANCADAS?

Arribas Pinillos, C.; Hernández Ruiz, A; Juan Mangas F; Flores Román M; Fernández Díaz, J.

OBJETIVOS

La fractura avulsión de la eminencia intercondílea afecta a niños entre 8-14 años. Se produce ante hiperextensión forzada o tras traumatismo directo con flexión de la rodilla.

El objetivo es describir el tratamiento quirúrgico de la lesión.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 14 años acude a urgencias por dolor e impotencia funcional de rodilla tras torsión. En la exploración física se aprecia importante derrame articular, limitación de los últimos grados y dolor, que imposibilita la carga. Se realiza maniobra de cajón anterior difícilmente valorable por el dolor. Se realiza radiografía de rodilla apreciándose fractura de las espinas tibiales. Se inmoviliza con férula inguinopédico y se solicita TAC, informado como arrancamiento grado III de Meyers y McKeever de las espinas.

Se decide tratamiento quirúrgico mediante artroscopia, se revisan LCA y meniscos sin apreciarse lesión, se reducen las espinas y se fijan con sutura transósea y en tibia con implante tipo botón.

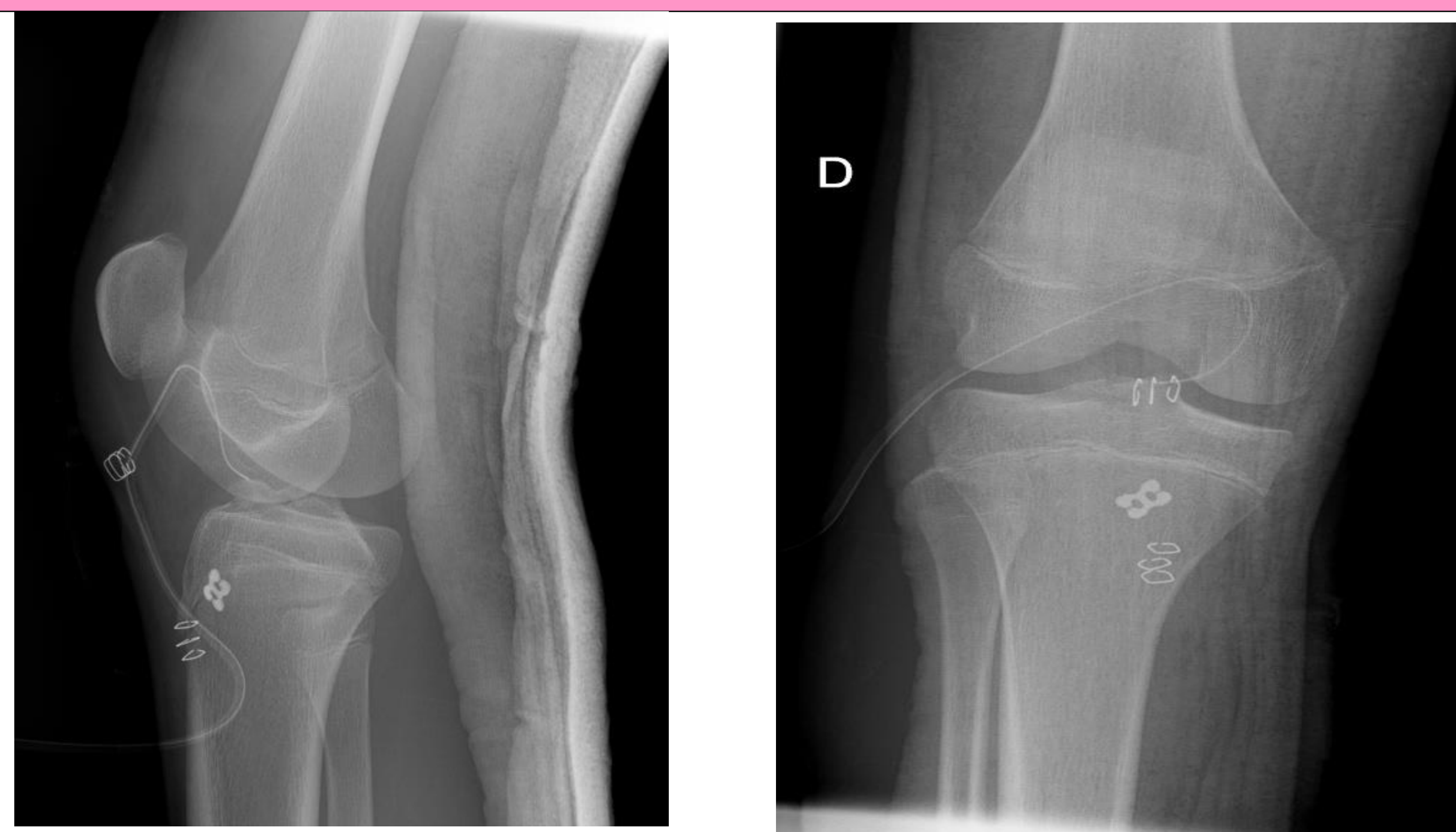


Imágenes 1 y 2: radiografía y TAC prequirúrgicos

RESULTADOS

Al alta, se pauta ortesis de rodilla con limitación de la flexoextensión, aumentando gradualmente la flexión e inicio de la carga parcial.

Al año, tras acondicionamiento RHB, ha reintroducido el deporte de contacto.



Imágenes 1 y 2: radiografías postquirúrgicas

CONCLUSIONES

Las fracturas de las espinas tibiales son fracturas típicas de los niños-preadolescentes, dónde se produce una avulsión de la eminencia intercondílea por tracción del LCA que se estira hasta provocar un fallo en el interfaz hueso-ligamento. En la exploración vamos a encontrar derrame articular (compatible con hemartros) y posición antiálgica en flexión. La valoración del LCA suele ser poco productiva, por no colaboración del paciente ante contracción involuntaria de la musculatura por dolor. Ante sospecha debemos pedir una radiografía AP y lateral, que son suficientes para su diagnóstico. La ampliación de estudios con TAC nos permite valorar la fractura y la RMN nos permitirá valorar lesiones asociadas.

La clasificación de Meyers y McKeever las divide en tres: tipo I (mínimamente desplazada), tipo II (desplazada anteriormente con bisagra posterior intacta) y tipo III (completamente desplazado).

El tratamiento en tipo I y tipo II, será ortopédico. Las tipo II con desplazamiento >3mm y las tipo III será quirúrgico.

Entre las complicaciones están la inestabilidad ligamentaria y la pérdida de rango de movimiento.