

Enclavado de tibia suprapatelar, ¿por qué hemos cambiado?



MATERIAL Y MÉTODO

P. Rodríguez-Zamorano, J. García-Coiradas, M. Galán-Olleros, H. Marcelo Aznar, B. Alcobia-Díaz, S. Llanos, J.A. Valle-Cruz y F. Marco



RETROSPECTIVO



> 1 AÑO



> 18 AÑOS

FRACTURAS DIAFISARIAS TIBIA AGUDAS



INDEPENDIENTE

SIN AYUDA TÉCNICAS

SUPRAPATELAR



22 pacientes



Alta energía 68%



Proximal: 2 (9,1%)
Medio: 16 (72,7%)
Distal: 4 (18,2%)



D: 14
I: 8



Peroné: 82%



Gustilo II: 6
Gustilo IIIA: 1

INFRAPATELAR



30 pacientes



Alta energía 80%



Proximal: 2 (6,7%)
Medio: 14 (46,7%)
Distal: 14 (46,7%)



D: 21
I: 9



Peroné: 80%

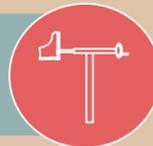


Gustilo I: 1
Gustilo II: 3
Gustilo IIIA: 3



RESULTADOS

SIN MESA DE TRACCIÓN



NO DIFERENCIAS EN TIEMPO QUIRÚRGICO



NO DIFERENCIAS EN ANEMIZACIÓN POSTQX
NI NECESIDAD DE TRANSFUSIONES



NO DIFERENCIAS EN INICIO DE CARGA A LAS 48 HORAS



SIN DIFERENCIAS EN DIAS DE HOSPITALIZACIÓN



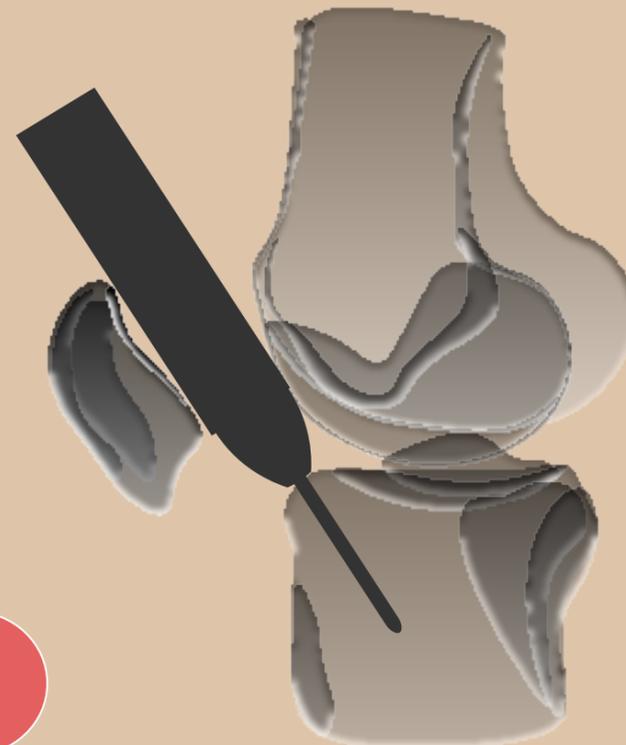
MISMO TIEMPO HASTA CONSOLIDACIÓN RADIOLÓGICA



NO DIFERENCIAS EN ESCALA EVA O ESCALA DE LYSHOLM
MEJORÍA EN ESCALA IKDC



NO DIFERENCIAS EN INCORPORACIÓN A ACTIVIDADES
DEPORTIVAS A LOS 12 MESES



CONCLUSIONES

La tendencia actual en las unidades de traumatología es implementar el **enclavado Suprapatelar**, debido a:

- ▶ La facilidad técnica para reducción de las fracturas, colocación del paciente y obtención de imágenes intraoperatorias
- ▶ La mejoría en los resultados funcionales (IKDC) a medio plazo. Sin aumentar la tasa de complicaciones.

SCAN ME



@secotsecot

@secotsecot

@soysecotsoysecot

Revista Española de
Cirugía Ortopédica
y Traumatología