



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
UDS

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

MATERIA: ENFERMERIA DEL ADULTO

CATEDRÁTICA: DRA. KARINA HERNANDEZ AGUILAR

ALUMNA: JOHANA MICHEL PÉREZ MARTINEZ

GRADO: SEXTO CUATRIMESTRE

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS CHIPAS JULIO 2020

ESGUINCE

Es un estiramiento o desgarro de los ligamentos, las bandas resistentes de tejido fibroso que conectan dos huesos en las articulaciones. La ubicación más común de un esguince es el tobillo.

El tratamiento inicial incluye reposo, hielo, compresión y elevación. Los esguinces leves se pueden tratar con éxito en casa. Los esguinces graves a veces requieren cirugía para reparar los ligamentos desgarrados.

La diferencia entre un esguince y una distensión es que el primero lesiona las bandas de tejido que conectan dos huesos, mientras que la segunda implica una lesión de un músculo o de la banda de tejido que une un músculo a un hueso.

Causas

Un esguince se produce cuando se extiende demasiado o se desgarra un ligamento mientras se tensa intensamente una articulación. Los esguinces se producen a menudo en las siguientes circunstancias:

- Tobillo: caminar o hacer ejercicio en una superficie desnivelada, y caer torpemente de un salto
- Rodilla: girar durante una actividad atlética
- Muñeca: caer sobre una mano extendida
- Pulgar: daño durante la práctica de esquí o sobrecarga al practicar deportes de raqueta, como el tenis

Los niños tienen zonas de tejido más suave, llamadas placas de crecimiento, cerca de los extremos de los huesos. Los ligamentos que rodean una articulación suelen ser más fuertes que estas placas de crecimiento, por lo que los niños tienen más probabilidades de experimentar una fractura que un esguince.

.

Síntomas

Esguince de tobillo

Los signos y los síntomas variarán, dependiendo de la gravedad de la lesión, y pueden incluir los siguientes:

- Dolor
- Hinchazón
- Hematomas
- Capacidad limitada para mover la articulación afectada
- Escuchar o sentir un “pop” en la articulación en el momento de la lesión

Cuándo debes consultar con un médico

Los esguinces leves se pueden tratar en casa. Sin embargo, las lesiones que causan esguinces también pueden producir lesiones graves, como fracturas. Deberías ver a un médico si ocurre algo de lo siguiente:

- No te puedes mover ni soportar peso sobre la articulación afectada.
- Experimentas dolor directamente sobre los huesos de una articulación lesionada.
- Experimentas adormecimiento en cualquier parte de la zona lesionada.

Prevención

Los ejercicios regulares de estiramiento y fortalecimiento para el deporte, la actividad física o la actividad laboral, como parte de un programa general de acondicionamiento físico, pueden ayudar a minimizar el riesgo de esguinces. Intenta estar en forma para practicar deportes. No practiques deportes para ponerte en forma. Si tienes una ocupación físicamente exigente, el acondicionamiento habitual puede ayudar a prevenir lesiones.

Puedes proteger las articulaciones a largo plazo si trabajas para fortalecer y acondicionar los músculos que rodean la articulación que se lesionó. El mejor refuerzo que puedes darte es tu propio “refuerzo muscular”. Pregúntale al médico sobre los ejercicios de

acondicionamiento y estabilidad adecuados. Además, usa calzado que ofrezca soporte y protección.

LUXACIÓN

es la separación completa de los 2 huesos que conforman una articulación. La subluxación es la separación parcial. A menudo, una articulación luxada permanece de este modo hasta que es reducida (realineada) por un médico, pero a veces se reduce espontáneamente.

Complicaciones

Las complicaciones graves de las luxaciones son inusuales pero pueden amenazar la vida o la viabilidad de un miembro o producir una disfunción permanente de éste. El riesgo de complicaciones es elevado con luxaciones abiertas (que predisponen a la infección) y con luxaciones que interrumpen los vasos sanguíneos, la perfusión tisular, y/o nervios. Las luxaciones, particularmente si no se reducen rápidamente, tienden a tener un mayor riesgo de lesiones vasculares y nerviosas respecto de las fracturas. Las luxaciones cerradas que no involucran los vasos sanguíneos o los nervios, en particular aquellas que se reducen rápidamente, tienen menos probabilidades de causar complicaciones graves.

Las **complicaciones agudas (asociadas a lesiones)** para las luxaciones incluyen las siguientes:

- **Fracturas:** pueden acompañar a una luxación (p. ej., luxación de hombro y fractura de la tuberosidad mayor).
- **Sangrado:** el sangrado acompaña todas las lesiones de tejidos blandos significativas.
- **Lesiones vasculares:** algunas luxaciones cerradas, particularmente luxaciones de rodilla o de cadera, interrumpen el suministro vascular suficiente como para causar isquemia de la porción distal de la extremidad; esta alteración vascular puede permanecer clínicamente oculta durante horas después de la lesión.
- **Lesiones nerviosas:** los nervios pueden lesionarse cuando se estiran por la luxación de una articulación. Dependiendo de la causa de la luxación, los nervios pueden estar dañados con hematomas, aplastados o desgarrados. Cuando los nervios están dañados (llamado neurapraxia), la conducción nerviosa se bloquea, pero el nervio no se desgarrará. La neurapraxia causa déficits motores temporales y/o sensoriales; la función neurológica retorna completamente en aproximadamente 6 a 8 semanas. Cuando se aplastan los nervios (llamado

axonotmesis), se lesiona el axón, pero no la vaina de mielina. Esta lesión es más grave que la neurapraxia. Dependiendo de la magnitud de los daños, el nervio puede regenerarse durante semanas o años. Por lo general, los nervios se desgarran (llamado neurotmesis) solo en las luxaciones abiertas. Los nervios desgarrados no se regeneran espontáneamente y pueden tener que ser reparados quirúrgicamente.

- **Infección:** Cualquier lesión puede infectarse, pero el riesgo es más alto con las que están abiertas o las tratadas quirúrgicamente. La infección aguda puede llevar a la osteomielitis lo cual puede ser difícil de curar.

Las complicaciones a largo plazo de las luxaciones incluyen las siguientes:

- **Inestabilidad:** Diversas luxaciones pueden producir inestabilidad articular. La inestabilidad puede ser incapacitante y aumenta el riesgo de artrosis.
- **Rigidez y alteración de la amplitud de movimiento:** la rigidez es más probable si una articulación necesita inmovilización prolongada. La rodilla, el codo y el hombro son particularmente propensos a la rigidez postraumática, especialmente en los ancianos.
- **Osteonecrosis:** la osteonecrosis ocurre principalmente cuando el suministro vascular está dañado. Las luxaciones de una cadera nativa (no protésica) son propensas a la osteonecrosis. La incidencia de osteonecrosis después de una luxación de cadera se relaciona con la gravedad de la lesión inicial y es mayor si la luxación no se reduce rápidamente.
- **Artrosis:** las luxaciones que alteran las superficies que soportan el peso de las articulaciones o que resultan en la mala alineación articular y la inestabilidad predisponen a la degeneración del cartílago articular y la artrosis.

Tratamiento

- Tratamiento de las lesiones asociadas
- Reducción de la forma indicada, entablillado, y analgesia
- RICE (reposo, hielo, compresión y elevación) o PRICE (incluye protección) como se indique
- Por general, inmovilización
- En ocasiones cirugía

La mayoría de las luxaciones articulares se puede reducir (regresar a la posición anatómica normal) sin necesidad de cirugía. En ocasiones, las dislocaciones no pueden

reducirse mediante técnicas de manipulación cerrada, y se requiere cirugía abierta. Una vez que una articulación se reduce, no suele ser necesaria una cirugía adicional. Sin embargo, la cirugía a veces es necesaria para tratar las fracturas asociadas, los desechos celulares en la articulación, o la inestabilidad residual.

DESGARRO MUSCULAR O ROTURA FIBRILAR

También llamado tirón o distensión muscular) es la lesión del tejido, que va acompañada de hemorragia provocada por la rotura de los vasos sanguíneos que recorren el músculo o tendón afectado, provocando un dolor de leve a intenso que dificulta o impide contraerlo.

Sucedre por una súper elongación (exceder al músculo más allá de su capacidad de estiramiento), por una contracción brusca (veloz), o por realizar un esfuerzo superior a la capacidad biológica de resistencia a la tensión.

Cuando una lesión similar le ocurre a un ligamento, se conoce como esguince.

Síntomas

La *distensión muscular* son dolor, hinchazón y dificultad para mover la región afectada.¹ Normalmente ocurre en el pie, la pierna o la espalda, a menudo cerca de una articulación. Un desgarro puede suponer desde una leve molestia hasta un dolor fuerte, dependiendo del alcance de la lesión.

En los casos más graves (al desgarro total del músculo) se produce un hematoma muy extenso e inflamación más pronunciada, que inmoviliza la región afectada que se experimenta como una parálisis temporal (contractura de musculación vecina a la lesión). Si el dolor es muy intenso puede aparecer un componente de shock -aunque es poco frecuente-, con mareo y sudor frío.

Tratamiento

- **Reposo:** No se deben hacer actividades que causen dolor, si el andar normal lastima, se debe reducir su duración. No se deben practicar deportes hasta que el dolor haya desaparecido.
- **Frío:** Se puede aplicar hielo en el área lastimada, de 7 a 10 minutos cuatro veces al día, durante varios días después de la lesión. No se debe aplicar el hielo directamente en la piel, para evitar que se extienda el hematoma y reducir la inflamación.
- **Medicamentos antiinflamatorios sin esteroides:** Estos ayudan a aliviar el dolor. Para retomar la actividad física normal se debe evaluar la respuesta muscular luego de abandonar la medicación para evitar el "enmascaramiento" (cuando la medicación oculta los síntomas).
- **Calor:** El uso de calor debe restringirse únicamente para cuando se esté regresando a la actividad. Posteriormente se lo puede usar antes de hacer el calentamiento para el ejercicio.
- **Estiramiento:** Cuando el dolor agudo ha desaparecido, se debería comenzar con un estiramiento ligero, hasta donde el dolor lo permita. Se debe sostener cada estiramiento durante 10 segundos y repetir hasta 6 veces, haciendo esto hasta 4 veces al día

FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR

FRACTURAS DE CLAVICULA

MECANISMO LESIONAL: Caída con traumatismo directo sobre el hombro, típico de ciclistas.

CLASIFICACIÓN: la clavícula en tercios: medial, tercio medio y lateral. Las fracturas de tercio lateral se subdividen según la localización con respecto a los ligamentos coraco-claviculares (modificación de Neer)

CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA (EF)

- Actitud antiálgica con el brazo lesionado sostenido junto al cuerpo.
- Deformidad, crepitación y dolor en el foco de fractura (clínica traumática habitual). En las fracturas de tercio medio el peso del miembro desplaza el fragmento lateral hacia abajo y el fragmento medial hacia arriba traccionado por el esternocleidomastoideo.
- Siempre se debe completar la exploración neuro-vascular distal.

DIAGNOSTICO

- RX convencionales AP que incluya el humero proximal
- Las lesiones del tercio externo se aprecian mejor con proyecciones AP modificadas con 15 ° de inclinación cefálica y penetración reducida (incidencia de Zanca modificada)
- Si se sospecha compromiso vascular se debe realizar arteriografía (poco frecuente)

TRATAMIENTO

- La mayoría de las fracturas de clavícula pueden ser manejadas con éxito mediante un simple soporte de hombro en cabestrillo o vendaje en "8" durante 4 semanas.
- La reducción, cuando se consigue, resulta difícil de mantener por las numerosas inserciones musculares que actúan sobre la clavícula.
- La deformidad residual y el acortamiento raras veces afectan la articulación del hombro, resulta más un problema estético.

INDICACIONES DE CIRUGÍA:

- Fracturas abiertas
- Lesión neuro-vascular asociada
- Compromiso cutáneo
- Fracturas de tercio lateral desplazadas (fractura de Latarjet)
- Fractura asociada de escápula
- Pseudoartrosis
- Fractura bilateral Traumatología y Neurocirugía Libro electrónico de Temas de Urgencia

COMPLICACIONES: • Consolidación viciosa: la complicación más frecuente. A veces puede provocar un síndrome costo-clavicular con compresión de vasos subclavios y plexo braquial. • Pseudoartrosis: rara, menos de 1% en fracturas de tercio medio. Más frecuente en fracturas de tercio lateral.

FRACTURA DE ESCÁPULA GENERALIDADES: • La fractura de escápula es infrecuente.

FRACTURA DE MIEMBRO INFERIOR

Fracturas de cadera

Las fracturas de cadera pueden ser difíciles de tratar por su frecuente asociación con fracturas diafisarias de fémur ipsilaterales o por el riesgo de necrosis avascular que implican las fracturas intraarticulares.

Las fracturas de cuello femoral se deben tratar mediante reducción cerrada y síntesis con tornillos. En estos casos el factor más importante que determina el riesgo de necrosis de la cabeza femoral parece ser la cuantía del desplazamiento inicial

Las fracturas intertrocántéricas se tratan con tornillos de compresión o con un clavo placa.

Las fracturas subtrocántéricas, pueden dividirse en tres tipos:

1. Fracturas por debajo del trocánter menor.
2. Fracturas que afectan al trocánter menor.
3. Fracturas que se extienden al trocánter mayor.

El tratamiento de elección para las fracturas distales al trocánter menor así como de las que afectan a éste es el enclavado endomedular encerrado. Las fracturas que se extienden a trocánter mayor requieren el uso de clavo-placa. Existen actualmente clavos

con dispositivos proximales que permiten fijar todo tipo de fracturas subtrocantéricas, pero son técnicamente difíciles de utilizar.

Fracturas diafisarias de fémur

Es necesario insistir en la importancia de estabilizar precozmente estas fracturas. El tratamiento de elección es la fijación endomedular con fresado a cielo cerrado. Si debido a otros procedimientos quirúrgicos necesarios, el paciente se hallara en mesa no ortopédica, puede hacerse técnicamente necesaria la fijación endomedular a cielo abierto. La indicación del encerrojado se establece en fracturas que se alejan del tercio medio diafisario así como en fracturas oblicuas largas, espiroideas y conminutas.

La síntesis con placa AO se puede realizar en fracturas cerradas oblicuas largas, espiroideas y conminutas. Es una técnica no exenta de complicaciones y que requiere un cirujano experto.

Las fracturas abiertas grado I, II y IIIA se tratan al igual que las cerradas mediante clavos endomedulares fresados, debido a su buen resultado y al elevado número de complicaciones que presentan los fijadores externos. Asimismo se pueden usar clavos endomedulares no fresados. Las fracturas abiertas grado IIIB y IIIC son

Fracturas de cadera y diáfisis femoral ipsilaterales

Es relativamente frecuente la asociación de fracturas de fémur con fracturas de la cadera ipsilateral en el paciente politraumatizado. Se ha comprobado que la fractura de cadera pasa desapercibida en aproximadamente un 20% de estos casos, por lo que se hace necesario obtener y valorar cuidadosamente radiografías de pelvis incluyendo caderas en todo paciente politraumatizado. También se hace necesario descartar posibles fracturas de rótula asociadas. Aunque se han descrito multitud de métodos para tratar estas lesiones, en la actualidad se recomienda el uso de fijación endomedular de la diáfisis combinada con fijación mediante tornillos de la fractura de cadera.

Fracturas distales de fémur

Todas las fracturas de fémur en pacientes poli traumatizados, deben ser estabilizadas en las primeras 24 horas si es posible.

Podemos dividir para su estudio las fracturas distales de fémur en fracturas extra-articulares, fracturas intra-articulares, fracturas abiertas, y fracturas asociadas a lesión vascular.

El tratamiento de elección para las fracturas extra-articulares es el clavo encerrojado, con la placa AO 95° como alternativa. Los métodos recomendados en las fracturas intraarticulares son la placa AO 95°. Las fracturas abiertas requieren un desbridamiento riguroso, tras el cual es habitualmente posible realizar una fijación interna según las directrices ya comentadas. Sólo en heridas muy contaminadas se recomienda el uso de la fijación externa. El tratamiento de las fracturas distales de fémur asociadas a lesión vascular representa un problema difícil de solucionar; la necesaria reparación vascular requiere un abordaje medial amplio, justo el contrario del abordaje lateral adecuado para la fijación interna de este tipo de fracturas con placa AO 95°. Se recomienda entonces el

uso de la fijación externa complementada si es preciso con una síntesis a mínimos de la superficie articular aprovechando la vía de abordaje medial.

Rodilla flotante (fracturas de fémur y tibia ipsilaterales)

Se denomina rodilla flotante a la asociación de fracturas de fémur y tibia ipsilaterales. Su incidencia es muy alta alcanzando al 50% de los pacientes poli traumatizados en algunas series. El tratamiento de elección en estos pacientes es el enclavado endomedular de ambas fracturas en las primeras 24 horas. Desgraciadamente la frecuente conminación y afectación articular hacen necesario el uso de combinaciones de placas con el mayor riesgo de infección que implican, particularmente en el caso de fracturas abiertas. En el caso de que estas últimas sean grado IIIB o IIIC se indica el uso de fijadores externos.

Fracturas de rótula

La localización subcutánea de la rótula la hace particularmente vulnerable a los traumatismos directos. Es necesario prestar atención para que estas fracturas no pasen inadvertidas en el seno de un paciente poli traumatizado, particularmente en el caso de existir fractura de fémur. Se recomienda tratamiento ortopédico con yeso cuando los fragmentos están separados por un máximo de 2 a 3 mm en la superficie articular.

El tratamiento quirúrgico se realiza como método más extendido mediante una síntesis en oblique.

Fracturas de meseta tibial

Las fracturas de meseta tibial en el paciente politraumatizado son fracturas de alta energía, frecuentemente abiertas y que en gran número presentan afectación de ambos compartimentos, extensión diafisaria y conminación.

En fracturas-hundimiento cerradas está indicada la reducción abierta, elevación de los fragmentos hundidos y síntesis con placa. En el mismo tiempo quirúrgico se recomienda la reparación de las estructuras ligamentosas que se hallen lesionadas. En el caso de fracturas abiertas, afectación bicompartimental y/o extensión diafisaria, el traumatismo añadido que supone un abordaje quirúrgico implica un elevado riesgo de complicaciones, recomendándose en estos casos una síntesis articular mínima complementada por el uso de un fijador externo.

. Fracturas diafisarias de tibia

La tibia se halla por su posición frecuentemente expuesta a traumatismos. La ausencia de cobertura muscular en su tercio de superficie antero interno condiciona el gran número de lesiones abiertas así como de complicaciones evolutivas Su pronóstico va a depender fundamentalmente de:

1. Desplazamiento inicial.
2. Grado de conminación.
3. La presencia o no de infección.
4. La cuantía de la lesión de partes blandas en ausencia de infección

Se recomienda la fijación precoz de estas fracturas, en parte por la frecuencia de lesiones abiertas y en cualquier caso para facilitar la posterior movilización del paciente. Los métodos de tratamiento descritos son fundamentalmente el tratamiento ortopédico con yeso, la osteosíntesis con placa, los clavos intramedulares y la fijación externa.

Actualmente se recomienda el uso de los clavos intramedulares. El clavo AO fresado se utiliza en fracturas cerradas y abiertas grado I de Gustilo. El clavo no fresado se indica en fracturas abiertas grado II y IIIA, así como en presencia de síndrome compartimental. Como alternativa se plantea el uso de placa en las fracturas cerradas espiroideas, y la utilización de clavos de Ender o fijación externa en las fracturas abiertas. Las fracturas abiertas grado IIIB y IIIC son indicación de fijación externa.

Resulta particularmente interesante el hecho de que el clavo intramedular no fresado supone un avance sobre el fijador externo en cuanto porcentaje de pseudoartrosis, consolidación en mala posición, infección, y manejo del paciente y sus heridas.

La indicación del encerrojado de los clavos intramedulares se establece en fracturas que se alejan del tercio medio diafisario así como en fracturas oblicuas largas, espiroideas y conminutas.

Fracturas de pilón tibial

Las fracturas de pilón tibial son fracturas producidas por compresión axial. Frecuentemente son fracturas graves, con conminación ósea, afectación articular, y abiertas en diferente grado.

El tratamiento quirúrgico de estas lesiones mediante reducción abierta y fijación interna se ajusta a la técnica descrita por Ruedi y Allgöwer. En este caso el principio de restaurar la superficie articular mediante reducción abierta y fijación interna puede ser extremadamente difícil y presentar graves complicaciones. Por ello se recomienda sólo en caso de que las partes blandas se hallen en buen estado y el cirujano sea experto. La alternativa es el uso de un fijador externo que mantenga longitud y alineación, complementado por una reducción y síntesis mínima de la superficie articular en caso necesario.

Incluso en mayor medida que en el caso de las fracturas de tobillo es fundamental una cirugía precoz que se adelante a los fenómenos inflamatorios.

Fracturas de tobillo

En las fracturas de tobillo se ha de considerar la frecuente afectación de ligamentos y partes blandas.

Los principios de tratamiento son:

1. conseguir restaurar las relaciones anatómicas de la mortaja tibioperonea.
2. conseguir una buena alineación axial y

3. conseguir la mejor restauración posible de las superficies articulares. La consecución de estos tres objetivos implica, salvo en fracturas no desplazadas, que la reducción abierta y la osteosíntesis sea el tratamiento de elección, lo que además permite en la mayoría de los casos una movilización precoz del tobillo.

El periodo en el que se debe realizar el tratamiento quirúrgico debe ser en la medida de lo posible las 12 primeras horas, ya que con posterioridad una excesiva inflamación puede dificultar el cierre hasta pasadas 2 o 3 semana

La técnica utilizada es la descrita por Müller y cols.

En las fracturas abiertas de tobillo la herida es más frecuentemente medial. Se recomienda la fijación interna incluso en las de tipo III de Gustilo frente al uso de agujas de Kirschner o a la cirugía diferida.

Fracturas de las falanges

El signo cardinal de las fracturas de los dedos es la tumefacción, y en el contexto de un paciente politraumatizado pueden pasar fácilmente desapercibidas.

El tratamiento es fundamentalmente ortopédico. Sólo ocasionalmente una fractura intraarticular severamente desplazada del primer dedo puede requerir reducción abierta y estabilización con agujas de Kirschner. En los dedos 2º a 5º se realiza inmovilización mediante sindactilia, previa reducción por tracción si fuera necesario. En las fracturas del primer dedo es conveniente la inmovilización con yeso.

En todos los casos debe evaluarse cuidadosamente el estado de la circulación.

El tratamiento de las fracturas abiertas se ajusta a los principios generales. La uña deberá conservarse salvo que esté virtualmente desprendida. La síntesis intramedular con agujas de Kirschner está indicada en estos casos en los que las

Fracturas de los metatarsianos

Se manifiestan por tumefacción global del dorso del pie.

El tratamiento ortopédico consiste en inmovilización con yeso. El tratamiento quirúrgico se indica en principio cuando la reducción manual no se puede conseguir o mantener. Esto es así particularmente en el caso de las fracturas más distales y las fracturas que afectan a dos o más metatarsianos. Comúnmente se realiza una estabilización con agujas de Kirschner intramedulares previa reducción abierta, o cerrada si fuera posible.

Las fracturas metafisarias proximales del 5º metatarsiano tienen peor pronóstico por un mayor índice de pseudoartrosis.

Fracturas mediotarsianas

Las fracturas aisladas de las cuñas, el escafoides y el cuboides son poco frecuentes y suelen mostrar escaso desplazamiento, lo que las hace difíciles de apreciar radiográficamente. Puede ser necesario el uso de TAC o RNM para su diagnóstico.

La cuantía del desplazamiento y la presencia de afectación articular indican la necesidad de tratamiento quirúrgico. Las fracturas desplazadas habitualmente se asocian a luxaciones de las articulaciones tarsometatarsianas (Lisfranc) o mediotarsianas (Chopart).

Fracturas de calcáneo

La fractura de calcáneo es la más frecuente entre las fracturas de tarso. El estudio radiográfico es fundamental para un correcto diagnóstico y debe incluir proyecciones axial y lateral de calcáneo, así como anteroposterior del pie para valorar la articulación calcaneocuboidea. Es clave establecer la afectación de la articulación subastragalina, ya que ello va a tener una importancia clave en el tratamiento y el pronóstico.

Las fracturas aisladas del cuerpo y tuberosidad anterior se tratan de forma ortopédica mediante yeso. Las fracturas de tuberosidad posterior se tratan quirúrgicamente mediante tornillos de esponjosa cuando existe avulsión ligada al tendón de Aquiles

Fracturas de astrágalo

Según su localización podemos clasificarlas en fracturas del cuerpo, fracturas de la tuberosidad lateral, la cara medial y la cola, y por último fracturas del cuello.

Las fracturas del cuerpo del astrágalo no desplazadas se tratan ortopédicamente con yeso. El desplazamiento marca la necesidad de la reducción abierta y fijación interna. Las fracturas conminutas son difíciles de tratar y de mal pronóstico, siendo la artrodesis la única opción en muchos casos.

Las fracturas de la tuberosidad lateral, la cara medial y la cola del astrágalo, así como las fracturas osteocondrales son a veces difíciles de diagnosticar mediante radiología simple y puede hacerse necesario el uso de la TAC. El tamaño del fragmento y su desplazamiento condicionan la necesidad de tratamiento quirúrgico, bien de reposición o bien exéresis.

Las fracturas de cuello de astrágalo tienen el problema específico del riesgo de necrosis vascular. La incidencia de necrosis se correlaciona con la cuantía del desplazamiento y sobre todo con la presencia de luxación del cuerpo del astrágalo en fracturas-luxaciones. Se clasifican según Hawkins tres grupos: El grupo I lo constituyen las fracturas verticales no desplazadas del cuello del astrágalo, sin apenas riesgo de necrosis y que se tratan mediante yeso. Es importante señalar que la fractura de astrágalo asociada a luxación es una emergencia por la frecuente presencia de compromiso cutáneo y neurovascular.