

NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

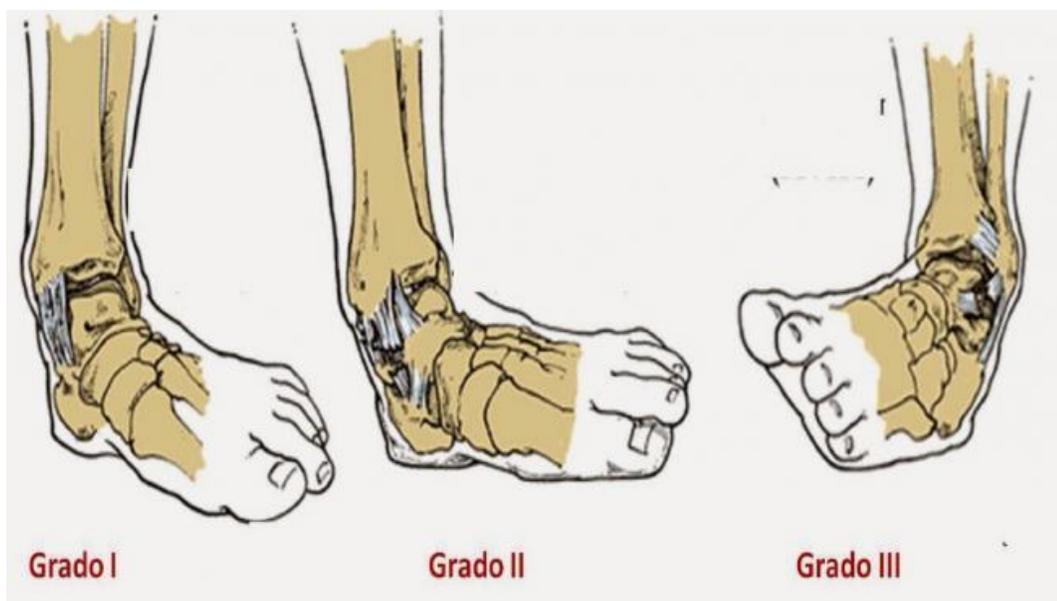
MATERIA: CLINICA QUIRURGICA COMPLEMENTARIAS

TEMA: RESUMEN FRACTURA DE TOBILLO

UNIDAD: TERCERA UNIDAD

GRADO Y GRUPO: 7° "A"

FECHA DE ENTREGA: 19-MAYO-2021



INTRODUCCIÓN

Las fracturas de tobillo son las lesiones óseas más comunes que tratan los traumatólogos en la urgencia, e implican un desafío no solo por su complejidad, sino también por la localización yuxta-pararticular y la escasa cobertura de partes blandas. La mayoría de ellas se deben a traumatismos de baja energía, aunque también pueden ser secundarias a traumatismos de alta energía.

Para lograr la consolidación de la fractura, se debe optimizar tanto la biología como la biomecánica. Históricamente, la reducción abierta y la fijación interna cuidaban la reducción ósea sin tener tanto en cuenta el cuidado de las partes blandas. En la actualidad, se considera que la preservación de los tejidos que rodean a la fractura es un elemento fundamental para su consolidación.

Las luxofracturas y las fracturas inestables de tobillo, en general, se tratan mediante la reducción abierta anatómica y la fijación interna estable para evitar la consolidación viciosa, los defectos articulares y la pseudoartrosis. La técnica de osteosíntesis estándar para el peroné distal es la fijación interna con una placa con tornillos.

Debido a que la cobertura de partes blandas de la pierna distal es delgada, cuando la piel presenta lesiones, flictenas o contusiones, la MIPO (minimally invasive plate osteosynthesis) es una alternativa terapéutica útil.

La osteosíntesis mínimamente invasiva, a través de la reducción indirecta, disminuye el daño iatrogénico sobre las partes blandas y la vascularización ósea, y también preserva el hematoma fracturario.

El objetivo del tratamiento de estas fracturas articulares es lograr una reducción anatómica, una buena alineación y una fijación estable; respetar las partes blandas y permitir una rehabilitación precoz. Para seguir estos preceptos sin lesionar la vascularización y las partes blandas, es que se desarrollaron las técnicas mínimamente invasivas que permiten mantener el hematoma fracturario, una mínima disección y la reducción indirecta. Además de la técnica poco

traumática, se suma el desarrollo de sistemas de osteosíntesis que posibilitan un menor trauma y una estabilidad absoluta.



Figura 3. Abordaje del tobillo mediante la técnica RAFI.



Figura 4. Abordajes con la técnica MIPO.



Clasificación de las fracturas de peroné

Existen tres tipos de fracturas:

- Tipo A: La fractura se produce por debajo de la membrana fibrosa o sindesmosis que une tibia y peroné, y existe una afectación del peroné distal. Es importante valorar la integridad de la membrana ya que cuando se rompe, los dos huesos se separan y el astrágalo tiene más movilidad de lo normal, produciendo dolor en el paciente.
- Tipo B: La fractura es transidermal, situándose justo al nivel de la sindesmosis.
- Tipo C: La fractura del peroné se localiza por encima de la membrana, y se acompaña de una lesión en la cara interna/tibial de la pierna que genera inestabilidad. Esta lesión puede ser de dos tipos: Una fractura de la tibia o una afectación del ligamento deltoideo. Si en la cara interna no existe fractura pero sí afectación del ligamento, se llama equivalente bimalleolar.

TRATAMIENTO

El tratamiento depende de si existe desplazamiento de los fragmentos fracturados o no:

Tratamiento conservador

Si no existe desplazamiento el tratamiento es conservador, y se debe vigilar al paciente durante una semana ya que al bajar la inflamación pueden desplazarse los fragmentos que no estaban desplazados en un inicio.

Si se continúa sin desprendimiento se mantiene el tratamiento conservador con la aplicación de una férula de yeso o incluso un botín de yeso (para una mayor inmovilización) durante 6 a 8 semanas.

El resultado del tratamiento conservador dependerá en gran medida de la edad del paciente, calidad ósea y de cada persona. El paciente debe estar sin apoyo con ayuda de muletas y tratamiento fisioterápico y movilizaciones de tobillo. Normalmente a los 4 meses hace vida normal y deporte 6 meses, dependiendo del deporte.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Para corregir una fractura del peroné o de la tibia en la articulación del tobillo. El procedimiento consiste en la fijación de una placa de fijación de acero inoxidable o titanio al peroné y el uso de tornillos o placa de fijación en la tibia para estabilizar los huesos y permitir la curación.

El paciente está posicionado de manera que el tobillo sea claramente visible para el cirujano. Se administra una IV y anestesia. El área se limpia y esteriliza. Si el peroné está fracturado, se realiza una incisión en el lado exterior del tobillo para permitir al médico el acceso al peroné. Se eliminan los fragmentos de hueso pequeños resultantes de la fractura.

Reparación de la Fibula

Una placa de fijación se inserta en la articulación del tobillo y se coloca sobre el peroné. Se insertan tornillos quirúrgicos para sujetar la placa de fijación en su lugar.

Reparación de la Tibia

Si la tibia está fracturada, se realiza una incisión en el lado interno del tobillo para permitir que el médico acceda al hueso. Se eliminan los fragmentos de hueso pequeños resultantes de la fractura.

Inserción de los tornillos

Se insertan uno o más tornillos quirúrgicos en el hueso. Si la fractura es severa, también puede ser necesaria una placa de fijación. La incisión se cierra con suturas o grapas quirúrgicas. El tobillo es vendado y colocado en una férula. Eventualmente, los pacientes tendrán que usar un yeso o una bota. Los pacientes deben evitar poner peso en el pie para 3 a 10 semanas después de la cirugía. La terapia física puede ser necesaria antes de que el paciente pueda volver a sus actividades normales.

Profilaxis antibiótica

1. Lesión sindesmosis reparación quirúrgica, colocación de tornillo largo de situación
2. Fractura del pilón posterior Fractura del pilón posterior pilón posterior fijación con: • Agujas de Kirschner • Tornillos (esponjosa)
3. Fractura uni o bimalleolar fijación con: • Agujas de Kirschner • Tornillos • Clavos centromedulares • Placas (tercio de caña, mipo) • Cerclaje (banda de tensión)
4. Artrodesis ésta alivia el dolor articular, con poca o nula movilidad
5. Amputación puede ser: Infra-rotuliana: tercio proximal, medio o distal.
6. Fractura expuesta: considerar la aplicación de profilaxis tromboembólica

7. Las lesiones vasculares asociadas, controlarse, cuantificarse y valorarse cada hora.

BIBLIOGRAFIA:

Aroca Peinado M1 , Parra Gordo ML2, León Baltasar JL1 , Rosado Caracena P2,
Velasco Ruiz M2. (2001). FRATURAS DE TOBILLO. 2021, de DIAGNOSTICO POR
IMAGEN Sitio web: [http://mgyf.org/wp-
content/uploads/2017/revistas_antes/revista_124/43-45.pdf](http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/revista_124/43-45.pdf)