



**MATERIA:**

**Clínicas Quirúrgicas Complementarias.**

**PRIMERA UNIDAD**

**Dr. Alfredo López López.**

**ANESTESIOLOGO.**

**NOMBRE DEL ALUMNO: Raul Gibran Gallegos**

**Merlín.**

La articulación del tobillo está formada por la parte distal de la tibia y del peroné y por el astrágalo, con las estructuras capsulares y ligamentosas que los unen. El complejo ligamentoso lateral consta del ligamento peroneoastragalino anterior (LAPA), del posterior y del peroneocalcáneo. La tibia y el peroné se conectan además entre sí con la membrana interósea y los ligamentos tibioperoneos anterior y posterior. Las fracturas de tobillo se suelen producir por un mecanismo indirecto de torsión que puede lesionar la tibia, el peroné o ambos huesos.

Las fracturas de pilón tibial se suelen producir por una carga axial que actúa directamente sobre la superficie articular, son frecuentes en las caídas desde una altura. En la palpación hay que tocar los dos maléolos y toda la longitud del peroné, las bases de los metatarsianos, los complejos ligamentosos y hacer una exploración cuidadosa de la estabilidad del tobillo, sobre todo la anteroposterior. Al utilizar algún sistema de clasificación para poder realizar un tratamiento correcto de la fractura y predecir el resultado funcional. La clasificación de Weber es ampliamente empleada y divide las fracturas en 3 grupos principales de A, B y C dependiendo del nivel del peroné al que afecta la fractura.

En el tipo A el peroné está roto distalmente a la sindesmosis tibioperonea y el maléolo interno tibial puede tener una fractura vertical. El tipo B se caracteriza por una fractura oblicua del peroné a la altura de la sindesmosis tibioperonea, que puede extenderse proximalmente. El ligamento deltoideo o el maléolo interno pueden estar rotos. En el tipo C la fractura del peroné se encuentra por encima de la sindesmosis tibioperonea y suele ser una fractura transversa u oblicua corta. Puede existir lesión del ligamento deltoideo o del maléolo interno. En este tipo de fracturas la sindesmosis siempre está rota. El tratamiento conservador consiste en una ferulización del tobillo hasta que ceda la inflamación y posteriormente la sustitución por un yeso cerrado hasta completar 6 semanas desde la fractura. Si se elige el tratamiento conservador es necesario realizar al menos dos controles radiográficos seriados para evaluar el posible desplazamiento.

El tratamiento quirúrgico está indicado para fracturas que tengan 2 o más milímetros de desplazamiento en el maléolo interno o externo en la radiografía AP o lateral. Si el maléolo interno no está roto y existe un ensanchamiento de más de 2 mm entre la tibia y el peroné aumento del espacio claro tibioperoneo superior a 7 mm también está indicada la cirugía con un procedimiento para cerrar la sindesmosis. En el tratamiento quirúrgico se emplean placas atornilladas en el peroné, tornillos y agujas para el maléolo interno y arpones para reinsertar los ligamentos. Esto permite una rehabilitación precoz de la movilidad del tobillo, aunque esté en descarga.

La evaluación del paciente se recurre a una anamnesis con factores de riesgo, su mecanismo de lesión, si se encuentra lesiones asociadas de tipo vascular o neurológico, la exploración física se inspecciona dolor y tumefacción, pulsos dorsales del pie y tibial posterior, llenado capilar y su temperatura. El tratamiento con fractura sin desplazamiento se puede tratar con enyesado y fracturas con desplazamiento se recurre con fijación de tornillos. Conservador se utiliza vendaje, férula, yeso, ortesis, AINES, y en lo farmacológico encontramos acetaminofén, profilaxis antibiótica como cefalosporina 1ra generación.