

Universidad del sureste

Clínica Quirúrgica Complementaria

Resumen

Tema: “Fractura de Tobillo”

Catedrático: Alfredo López Lopez

Alumna: Aurora Flor D´ Luna Dguez Mtz

CARRERA: Medicina Humana

7mo Semestre

3er Parcial

Tuxtla Gutierrez, Chis. A Noviembre del 2022

## **Definición:**

Anatomía normal: el segmento inferior de la tibia se denomina "pilón tibial", y la cara posterior de dicho segmento se denomina "Tercer maléolo de Destot o Maleolo posterior". La tibia y el peroné articulan entre sí a través de una sindesmosis (unidos por la membrana interósea). En su extremo inferior ambos conforman una superficie denominada "mortaja tibioperonea", que articula con el astrágalo. La articulación tibioastragalina es de tipo troclear, lo que permite el movimiento uniaxial de flexión-extensión, denominadas flexión dorsal (dorsiflexión) - flexión plantar. La articulación subastragalina (calcaneoastragalina) es de tipo trocoides, lo que permite el movimiento uniaxial de rotación interna-externa (denominadas eversión-inversión-pronación-supinación o valgo-varo, respectivamente). Los elementos de unión de la articulación del tobillo son la cápsula y los ligamentos.

Estos ligamentos son:

- Ligamento tibioperoneo anterior
- Ligamento tibioperoneo posterior
- Ligamento lateral externo (LLE)
  - a. Fascículo anterior (Ligamento peroneoastragalino anterior)
  - b. Fascículo medio (Ligamento peroneocalcáneo)
  - c. Fascículo posterior (Ligamento peroneoastragalino posterior)
- Ligamento lateral interno (LLI)
  - a. Plano superficial (Ligamento deltoideo de Farabeuf)
  - b. Plano profundo.

Deben distinguirse dos tipos de lesiones:

- I. Lesiones de partes blandas: esguinces.
- II. Lesiones esqueléticas: fracturas maleolares.

Lesiones de partes blandas: Son aquellas en las cuales el estudio radiográfico no revela lesión ósea. Sin embargo, ello no significa en modo alguno que la lesión, por este solo hecho, deje de tener gravedad. Lesiones de tipo III pueden llegar a adquirir un pronóstico peor que el de una fractura maleolar. Corresponden a lesiones de ligamentos y cápsula articular, de magnitud variable de acuerdo con la violencia del traumatismo.

Según sea la magnitud del daño se pueden clasificar en dos grupos: Entorsis y Esguinces.

*Entorsis*: corresponde a una lesión de poca magnitud, con distensión cápsulo-ligamentosa, sin ruptura de sus fibras. El cuadro es doloroso, produce edema del tobillo y generalmente no hay equimosis en el sitio de la lesión.

En el *esguince*, en cambio, hay una lesión con desgarro de magnitud variable en el aparato cápsulo-ligamentosos de la articulación del tobillo. Dentro del concepto "esguince", se incluyen lesiones de diverso grado de gravedad; desde aquéllas en las cuales ha habido un desgarro parcial del ligamento, hasta aquéllas en las cuales hay una destrucción completa del aparato cápsulo ligamentoso de la articulación. Hay ruptura de los ligamentos externos, internos y aun de parte de la membrana interósea. Así, se pueden distinguir tres grados:

Grado I : leves, con ruptura parcial del ligamento externo o interno.

Grado II : de gravedad mediana, con ruptura del ligamento pero sin signos clínicos de subluxación de la articulación.

Grado III : muy graves. Con signos clínicos de desgarro de ligamento interno, externo y aun de los tibio-peroneos. Con seguridad hay desgarro capsular. Por ello la articulación ha sufrido lesión grave en su estabilidad; en lesiones de este tipo debe considerarse como seguro que ha habido en cierto grado una subluxación, sea externa o interna, de la articulación del tobillo, aun cuando el examen radiográfico no logre demostrar la lesión.

**EPIDEMIOLOGÍA:** El ligamento más frecuentemente afectado es el Ligamento lateral externo (LLE), en su fascículo anterior (Ligamento peroneoastragalino anterior). Luego sigue el fascículo medio (peroneocalcáneo) y por último el fascículo posterior (peroneoastragalino posterior). Es más frecuente en personas con sobrepeso u obesidad, o que están cargando peso, mientras caminan, corren o en caídas desde altura.

**ETIOPATOGENIA:** 1) Inversión o eversión forzada del tobillo 2) Distensión, desgarro y rotura de ligamentos 3) Subluxación y luxación del astrágalo 4) Fractura, luxación y exposición del tobillo (Luxo-Fractura expuesta).

**CLÍNICA:** • Dolor típico (dolor brusco que luego atraviesa un período de latencia asintomático, para finalmente instalarse de nuevo gradualmente y volverse continuo; esto lo diferencia de la fractura de tobillo en la que el dolor es continuo desde el principio, sin período de latencia) • Impotencia funcional (no puede caminar o camina con dificultad) • Edema inmediato y progresivo • Equimosis del tobillo, que se propaga al borde externo del pie y los dedos. También se puede

extender hacia la pierna si el paciente descansa con el pie elevado • Peloteo astragalino.

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:** Se solicitará RX de tobillo de frente y de perfil para descartar lesión ósea. Además, mediante una maniobra de estrés denominada "Maniobra del bostezo" (pie varo equino forzado) se puede evidenciar la ruptura del LLE.

## FRACTURA DE TOBILLO

**Clasificación:** Existen numerosas clasificaciones, que pueden tener fundamento anatómico, terapéutico o ambos. Se prefiere la clasificación de Danis-Weber, que toma como referencia la articulación tibio-peronea (sindesmosis tibioperonea):

- Fracturas infrasindesmóticas
- Fracturas transindesmóticas (Fractura de Dupuytren: es la fractura bimaléolar asociada a luxación lateral del tobillo).
- Fracturas suprasindesmóticas (Fractura de Maisonneuve: es la fractura del segmento distal del peroné asociada a lesión del ligamento deltoideo).

Otra clasificación utilizada es la de Lauge-Hansen, la cual está compuesta por un primer término referido a la posición del pie en el momento del accidente, y un segundo término que indica el sentido de la fuerza traumática:

- I. Fractura por supinación-aducción
- II. Fractura por pronación-abducción
- III. Fractura por pronación-rotación externa
- IV. Fractura por supinación-rotación externa

Además se pueden clasificar según la cantidad de maléolos afectados:

- Unimaleolares (maleolo tibial o peroneo)
- Bimaleolares (ambos maléolos)
- Trimaleolares.

En este caso, además de los maléolos tibial y peroneo, está afectada también la cara posterior del segmento distal de la tibia, llamada "Maléolo posterior o Tercer maléolo de Destot".

**TRATAMIENTO:** Las fracturas que comprometan la sindesmosis y el ligamento interóseo tienen indicación de tratamiento quirúrgico (Suprasindesmóticas en el 100 % de los casos y Transindesmóticas en el 50 %). Además, ante la rotura de

maléolos, debido a que su reducción debe ser absoluta, también se suele realizar tratamiento quirúrgico.

[http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/TextoTraumatologia/Trau\\_Secc01/Trau\\_Se](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/TextoTraumatologia/Trau_Secc01/Trau_Se)

file:///D:/Jaelis/Docs de emule/Medicina/MEDICINA\_Man...opedia y  
Traumatología/Trau\_Secc01/Trau\_Sec01\_46.html (1 de 18)05-03-2005 9:55:30