



FRACTURAS DE TOBILLO

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

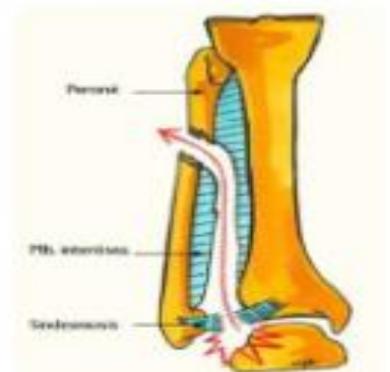


13 DE NOVIEMBRE DE 2022

LUIS FRANCISCO CHIVARDI HERNANDEZ
CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

Definición	Es una lesión que involucra la articulación tibiofibular (mortaja) con el talo. Cuando se produce una incongruencia articular parcial o total se denomina luxofractura.
Epidemiología	Es la fractura más frecuente de una articulación de carga. Se distribuye por igual en hombres y en mujeres, pero en hombres se da en edades más tempranas, mientras que en mujeres es más frecuente a partir de los 50 años.
Etiología	Su mecanismo lesional involucra fuerzas rotacionales. En hombres se relaciona con actividad física y traumas de mayor energía, mientras que en mujeres se asocia fuertemente al uso de tacos.
Fisiopatología	<p>→ Las luxofracturas del tobillo se originan, generalmente por rotación externa o aducción las que se combinan con supinación o pronación del pie. La mayoría son con compromiso unimaleolar (60-70%).</p> <p>→ Según Denis-Weber AO se clasifican en: -Tipo A o Infrasin-desmales: La fractura de la fíbula se encuentra por debajo de la sin-desmosis. -Tipo B o transin-desmales: Corresponde a una fractura nivel de la sin-desmosis. -Tipo C o suprasin-desmales: Fractura de la fíbula por encima de la sin-desmosis, la fractura puede encontrar en el tercio distal, medial o proximal de la fíbula (maisonneuve).</p>
Manifestaciones clínicas	Dolor moderado a severo, habitualmente impotencia funcional inmediata de la extremidad con incapacidad de carga, deformidad si se encuentra subluxada o luxada y diferentes grados de aumento de volumen y/o equimosis perimaleolar dependiendo del tiempo transcurrido desde el momento de la lesión.
Examen físico	<p>1) Inspección: evaluar aumento de volumen, edema y equimosis, ya que si estos son importantes y de rápida instalación orienta a un mayor grado de lesión de partes blandas. Evaluar si existen laceraciones y/o heridas ya que podrían corresponder a una exposición de la fractura y por lo tanto modificar su manejo de urgencia. La deformidad es uno de los signos más sugerentes de una luxofractura.</p> <p>2) Palpación: se inicia a nivel de la rodilla, palpando las estructuras óseas de proximal a distal, buscando los puntos de máximo dolor.</p> <p>3) Impotencia funcional: incapacidad de soportar carga en la extremidad.</p> <p>4) Evaluación neurovascular: importante en fracturas expuestas.</p>
Diagnóstico	La sospecha es clínica y el diagnóstico definitivo es radiológico. Paciente con antecedentes de traumatismo, dolor intenso en el tobillo, que se exacerba con los movimientos, aumento de volumen progresivo, equimosis submaleolares e impotencia funcional orientan al diagnóstico.
Exámenes de imágenes	La Rx es obligatoria, e incluye siempre 3 proyecciones: anteroposterior, lateral y mortaja. La necesidad de otros estudios imagenológicos (TAC y RM) es excepcional y está determinada por la sospecha de otras lesiones que no sean pesquisable en la Rx simple o ante una luxofractura muy compleja donde sea necesaria una detallada evaluación y planificación preoperatoria.

Diagnósticos diferenciales	Esguince de tobillo, fractura de pilón tibial, fracturas de calcáneo, fractura de talo.
Tratamiento	→ En el lugar del accidente y luego de evaluar el ABC: inmovilización provisoria, alineación en caso de pérdida del eje de la extremidad, traslado a centro asistencial para manejo de especialidad, analgesia EV, estudio radiológico y reducción ortopédica.
Básico/Médico	→ Manejo definitivo: Ortopédico: para tipos A y B estables (con desplazamiento <2 mm, sin acortamiento ni rotación de la fibula, sin lesión de complejo ligamentario medial ni inestabilidad sindesmal: <i>Inmovilización con yeso bota corta o bota inmovilizadora</i> , con pie en 90°, por 6-8 semanas con carga parcial progresiva de acuerdo al dolor. Control radiológico semanal. Rehabilitación al tener consolidación inicial promedio a las 4-6 semanas: en forma personal con ejercicios activos de flexo extensión 2-3 veces al día, luego con kinesiólogo.
Quirúrgico	→ Manejo quirúrgico: Indicado en tipos B inestables, con desplazamiento >2 mm, acortamiento o rotación de la fibula, lesión de complejo ligamentario medial y/o lesión sindesmal. En las tipo C o falla del tratamiento ortopédico. Las fracturas bi y trimaleolares habitualmente requieren de manejo quirúrgico. El tratamiento quirúrgico consiste en reducción abierta de la fractura y osteosíntesis mediante el uso de agujas, alambres, placas y/o tornillos. Se debe realizar control radiológico posquirúrgico y mantener inmovilizado sin apoyo por 3 a 6 semanas dependiendo del paciente y fractura.
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión de partes blandas. • Trombosis venosa profunda. • Artrosis postraumática. • Retardo de consolidación o pseudoartrosis. • Mala unión (consolidación en mala posición). • Rigidez articular. • Síndrome de dolor regional complejo.



Sous Sánchez, J. O., Navarro Navarro, R., Navarro García, R., Brito Ojeda, M. E., & Ruiz Caballero, J. A. (2011). Clasificación de las fracturas de tobillo. *Canarias médica y quirúrgica*.

Ruiz, M. P., Navarro, L. N., Requejo, M. G., Villegas, C. R., García, J. S., García, M. G., & Balsa, J. P. (2002). Rehabilitación en las fracturas de tobillo: resultados. *Rehabilitación*, 36(5), 257-262.

