



Tema:
Fractura De Tobillo.

18 / 11 / 2022

Nombre del docente: Alfredo López López.

Nombre del alumno: Mussolini Macnealy Paz.

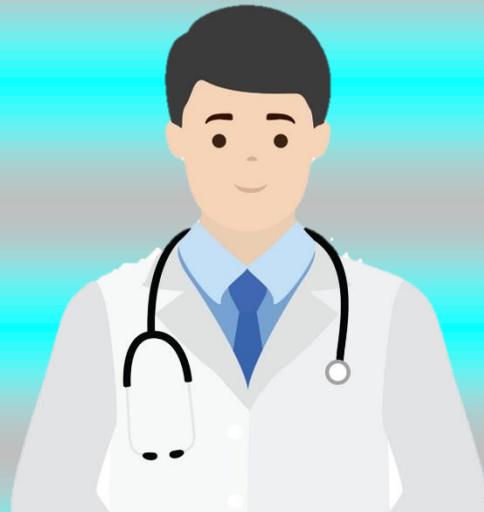
Tarea: Resumen De Fractura De Tobillo.

Materia: Clínica Quirúrgica Complementaria.

Semestre 7to parcial: 3r

Carrera: Medicina Humana.

Universidad: Universidad Del Sureste.



“Fractura De Tobillo”.

La articulación del tobillo está formada por la parte distal de la tibia y del peroné y por el astrágalo (que conforman la mortaja tibioperoneoastragalina), junto con las estructuras capsulares y ligamentosas que los unen. El complejo ligamentoso medial se llama ligamento deltoideo y está formado por un fascículo superficial, que une el maléolo medial con el astrágalo, calcáneo y escafoides, y un fascículo profundo que conecta la porción más profunda del maléolo interno con el astrágalo. El complejo ligamentoso lateral consta del ligamento peroneoastragalino anterior (LAPA), del posterior y del peroneocalcáneo (LPC). 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, en función de cómo esté colocado el pie en el momento de actuar las fuerzas. 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.

Ne cuestiones de **signos clínicos o síntomas** que pueden aparecer son Inspección detallada (deformidades, equimosis, heridas, presencia de flictenas) y palpación de puntos dolorosos óseos y ligamentosos. Así mismo se deben comprobar: pulsos (pedio y tibial posterior), relleno capilar, sensibilidad y movilidad del pie para descartar lesiones neurovasculares. La equimosis y el dolor a la palpación en la cara medial son indicadores de lesión oculta del ligamento deltoideo. El dolor a la presión de la articulación tibio-peronea distal sugiere lesión de la sindesmosis.

Ahora al momento de realizar un buen **diagnóstico** Se fundamenta en una adecuada evaluación clínica y radiológica. Mayor mente el estudio radiológico que vamos a pedir va hacer una radiografía. Ante un traumatismo agudo del tobillo, no siempre se requiere su exploración radiológica. El uso de las Normas de Ottawa permite la selección de los casos que precisan estudio radiográfico de los que no con una sensibilidad cercana al 100%. De esta manera se evita la rutinaria e impropcedente solicitud de placas innecesarias. Las tres proyecciones radiológicas habituales son la anteroposterior (AP), la

Mussolini Macnealy Paz

lateral y la AP con 15-20° de rotación interna que evalúa la mortaja tibioperonea. En ocasiones se debe incluir la parte proximal de tibia y peroné. Combinando una lateral y una de la mortaja pueden diagnosticarse y clasificarse todas las lesiones que hemos descrito anteriormente. En la proyección AP se valora la longitud del peroné mediante el ángulo talocrural. Una diferencia de 3-5° con el tobillo contralateral indica acortamiento peroneo. La proyección lateral muestra desplazamiento anterior o posterior del astrágalo. En la proyección de la mortaja es importante reconocer las características que Weber describió como determinantes del grado de reducción. Espacio articular tibioastragalino equidistante y paralelo en todos sus puntos:

- Continuidad entre el hueso subcondral de la tibia y de la carilla articular del peroné (línea tibioperonea de Senton).
- Curva peroneo-astragalina equidistante.
- Para valorar la integridad de la sindesmosis, puede ser de ayuda determinar la distancia entre la pared interna del peroné y la pared lateral de la tibia a 1 cm de la articulación (< 6 mm), además del aumento del espacio libre medial > 5 mm (figura 2). Menos fiable es la medida del solapamiento tibioperoneo pues depende de la incidencia del haz de rayos y de la rotación del tobillo.

Otras pruebas complementarias que podemos utilizar son:

- Las radiografías de estrés forzando el valgo y la rotación externa son útiles para identificar lesiones ocultas del ligamento deltoideo o de la sindesmosis. Deben practicarse con el paciente anestesiado y comparándolas con las del lado sano.
- La TAC estaría indicada en caso de fracturas asociadas del pilón tibial.
- La RMN permite valorar lesiones cartilaginosas, ligamentosas o tendinosas.

Pasando a la parte de **tratamiento** se puede decir inicialmente, si evidenciamos una luxación de tobillo, nuestra prioridad será la reducción, pues el astrágalo desplazado compromete la vascularización del pie, y así cederá rápidamente la isquemia e inflamación regional. La reducción suele conseguirse mediante la manipulación del pie (tracción, cajón anterior, rotación interna); a

Mussolini Macnealy Paz

continuación se inmoviliza el tobillo en dorsiflexión neutra con una férula de yeso suropédica. Si no conseguimos la reducción o no es posible mantenerla, estaría indicada la cirugía urgente. El tratamiento definitivo podrá ser:

Ortopédico: Únicamente son susceptibles de tratamiento conservador las fracturas estables, es decir las no desplazadas infrasindesmales y transindesmales del peroné sin lesión medial (tipos 44-A1 y 44-B1 de la clasificación AO). Consiste en la inmovilización mediante un botín de yeso con el tobillo en dorsiflexión neutra durante 4-6 semanas, autorizando la carga de peso cuando el dolor lo permita. Conviene realizar controles radiológicos periódicos para asegurar que la reducción se mantiene.

Quirúrgico: La cirugía ofrece como ventajas sobre el tratamiento ortopédico la movilización y carga precoz. Debemos considerar los siguientes aspectos: cuándo está indicado, en qué momento, por dónde se deben abordar y cómo se estabilizan las diferentes lesiones y qué normas postoperatorias se deben seguir. Por ello 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.

Bibliografía:

- 1.- https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%2092.pdf
- 2.- <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-18-25-Traumatismos-de-tobillo-y-pie.pdf>
- 3.- https://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/revista_124/43-45.pdf
- 4.- <https://www.aaot.org.ar/revista/2016/n1/27.pdf>