

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

SEPTIMO SEMESTRE

CLINICA QUIRURGICA

FRACTURA DE TOBILLO

DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

MARIA MERCEDES MAARROQUIN  
HERNANDEZ

18-11-2022

## 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.

Se debe solicitar proyección anteroposterior (AP) y lateral del tobillo. Es recomendable incluir siempre una AP con 15° de rotación interna para poder evaluar bien la mortaja tibioperoneoastragalina. Valoraremos el espacio claro tibioperoneo, que debe ser inferior a 5 mm, y el espacio claro medial entre el maléolo tibial y el astrágalo, que debe ser similar a la distancia entre el pilón tibial y la superficie superior del astrágalo.

Una fractura de tobillo está acompañada por uno o todos estos síntomas:

- Dolor en el sitio de la fractura, que en ocasiones puede extenderse desde el pie hasta la rodilla
- Hinchazón importante, que puede ocurrir a todo lo largo de la pierna o puede estar más localizada
- Pueden producirse ampollas sobre el sitio de la fractura. Éstas deberán ser tratadas de inmediato por un médico especialista en pie y tobillo.
- Moretones que se forman poco después de la lesión
- Incapacidad para caminar—sin embargo, sí es posible caminar con rupturas menos graves, por lo que nunca deberá confiarse en la posibilidad de caminar como signo de que un hueso está o no fracturado
- Cambio en la apariencia del tobillo – se verá diferente al otro tobillo
- Proyección del hueso a través de la piel—un signo de que se requiere atención inmediata. Las fracturas que perforan la piel requieren atención inmediata porque pueden llevar a infecciones graves y una recuperación prolongada.
- Radiografías

- A veces radiografías de estrés y/o resonancia magnética

Las radiografías del tobillo se toman en vistas anteroposterior, lateral y oblicuas (mortaja). A menudo se utilizan criterios específicos (p. ej., reglas de Ottawa para el tobillo) se utilizan a menudo para evitar las radiografías en pacientes con pocas probabilidades de tener una fractura. Sobre la base de las reglas de Ottawa para el tobillo, solo se requiere radiografía de tobillo si los pacientes tienen dolor en el tobillo y una de las siguientes:

- Edad > 55
- Incapacidad de cargar peso sin asistencia inmediatamente después de producida la lesión en el departamento de emergencia (de dar 4 pasos), con o sin renguera
- Dolor óseo dentro de los 6 cm del margen posterior o la punta de cualquiera de los maléolos

Las fracturas del tobillo suelen ser evidentes en las radiografías.

Como en toda fractura articular, la base de un buen resultado funcional precisa restaurar la anatomía de la forma más rigurosa posible (para evitar la artrosis) y un tratamiento rehabilitador precoz. 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. Por supuesto, en pacientes con alta demanda funcional el tratamiento quirúrgico se realiza en desplazamientos mayores de 1 mm. Los pacientes con baja demanda funcional, por ejemplo ancianos, pueden ser tratados de forma conservadora en desplazamientos mayores de 2 mm. 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. En ambos tratamientos se realiza profilaxis antitrombótica con heparinas de bajo peso molecular.

<https://www.msdmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/fracturas/fracturas-del-tobillo>

[https://mgvf.org/wp-content/uploads/2017/revistas\\_antes/revista\\_124/43-45.pdf](https://mgvf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/revista_124/43-45.pdf)

