

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS
MEDICINA HUMANA 7MO SEMESTRE

UNIDAD III

CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

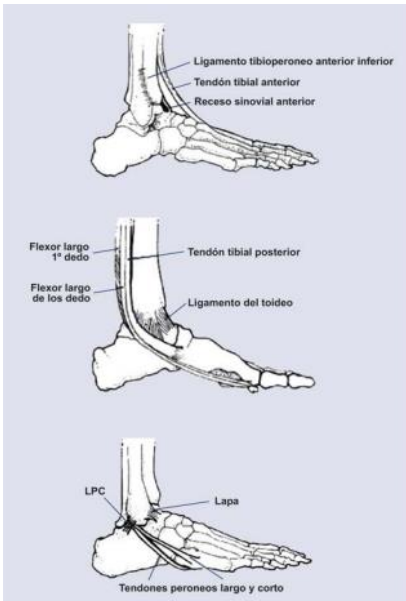
FRACTURA DE TOBILLO

DR. ALFREDO LOPEZ

DEBORA NIETO SANCHEZ



➤ 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.

exploración física

Es fundamental objetivar el estado de la piel, ya que en este tipo de fracturas es habitual que aparezcan flictenas pocas horas después de producirse el traumatismo, sobre todo en las fracturas-luxaciones; de ahí la importancia de la inmovilización precoz. 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. Es importante valorar el relleno capilar, el pulso pedio y el pulso tibial posterior.

proyecciones radiográficas

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.

clasificación

Es necesario 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 (A, B, C) dependiendo del nivel del peroné al que afecta la fractura. Es una clasificación muy útil para decidir la forma más adecuada de tratarla.

- **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 (proximalmente) de la sindesmosis tibioperonea y suele ser una fractura transversa u oblicua corta.

principios de tratamiento

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.

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