



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

**SEPTIMO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA
HUMANA**

TEMA: Fractura de tobillo

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Clínica quirúrgica complementaria

UNIDAD III

CATEDRÁTICO: Dr. Alfredo López López

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 10 DE NOVIEMBRE DEL 2022

FRACTURA DE TOBILLO

ANATOMÍA

La articulación del tobillo está constituida, por una parte, por la **tibia y el peroné**, que articulándose entre sí conforman una sindesmosis y constituyen la "mortaja" que contiene, por la otra parte, el **astrágalo**.

La porción inferior de la tibia recibe el nombre de pión tibial y, además de este segmento, pueden fracturarse de manera conjunta o separada los maléolos: el peronco, el tibial y el denominado por Destot tercer maléolo o maléolo posterior.

Las superficies óseas están solidarizadas por la cápsula articular y por los ligamentos: el lateral externo, el lateral interno y los tibioperoncos.

El ligamento lateral externo (LLE): Está constituido por tres fascículos: a) el anterior o peroneoastragalino anterior, b) el medio o peroncoal cáncro y c) el peroneoastragalino posterior.

El ligamento lateral interno (LLI): Es una estructura fuerte, constituida por dos planos: a) el superficial o ligamento deltoideo (de Farabeuf), de forma triangular con vértice superior, que arranca del maléolo tibial y se expande en la cara interna para fijarse en el escafoides y el borde libre del sustentaculum tali y b) el plano profundo, constituido por un fascículo anterior desde el borde anterior del maléolo tibial al cuello del astrágalo, y por otro fascículo posterior al tubérculo interno de la cara posterior del astrágalo.

DEFINICIÓN: La ruptura de estos ligamentos, como ocurre en los esguinces graves, puede determinar la **inestabilidad articular**.

ETIOLOGÍA: Su mecanismo 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

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.

Según Denis-Weber AO se clasifican en:

- **Tipo A o infrasindesmales:** La fractura de la fíbula se encuentra por debajo de la sindesmosis.
- **Tipo B o transindesmales:** Corresponde a una fractura nivel de la sindesmosis.
- **Tipo C o suprasindesmales:** Fractura de la fíbula por encima de la sindesmosis, la fractura puede encontrarse en el tercio distal, medial o proximal de la fíbula (maisonneuve).

CUADRO CLÍNICO

Dolor moderado a severo, habitualmente impotencia funcional inmediata de la manifestaciones clínicas 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.

DIAGNOSTICO

ANAMNESIS

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.
2. **Palpación:** Se inicia a nivel de la rodilla, palpando las estructuras óseas de proximal a distal, buscando los puntos de máximo dolor.
3. **Impotencia funcional:** incapacidad de soportar carga en la extremidad.
4. **Evaluación neurovascular:** importante en fracturas expuestas.

GABINETE

- **Radiografía:** incluir 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 pesquizable en la Rx simple o ante una luxofractura muy compleja donde sea necesaria una detallada evaluación y planificación preoperatoria.

TRATAMIENTO

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 bata corta o bata 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.

FUENTE BIBLIOGRÁFICA

- Aroca, M., Parra, M., Baltasar, J., Rosado, M. & Velasco, P. (2018, 4 diciembre). *Fractura de tobillo. Diagnóstico por imagen.* http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/revista_124/43-45.pdf