

UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

**SEMESTRE CURSANTE:
7MO. SEMESTRE – UNIDAD 3**

**MATERIA:
CLINICA QUIRURGICA BASICAS.**

**TEMA DEL TRABAJO:
RESUMEN DE FRACTURA DE TOBILLO.**

**FECHA DE ENTREGA:
18/11/2022**

**NOMBRE DEL DOCENTE:
DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ.**

**NOMBRE DE LA ALUMNA:
JALIXA RUIZ DE LA CRUZ.**

FRACTURA DE TOBILLO

La fractura más común en todas las edades 10-25% de todas las fracturas (15%) 75% de las fracturas de la muñeca Mayor incidencia en mujeres postmenopausicas 4 veces más frecuente en la mujer que en el hombre Puede ocurrir en jóvenes El tipo clásico es la Fractura de Colles.

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.

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. Puede existir lesión del ligamento deltoideo o del maléolo interno. En este tipo de fracturas la sindesmosis siempre está rota.

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.

Bibliografía; Leland RH, Mast JW. Ankle fractures and dislocations including pylon fractures. En: Chapman MW (Ed). Chapman's Orthopaedic Surgery. 3ª edición. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2001;811-45.