

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Tratamiento De La
Fractura De Tobillo
En El Adulto

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-493-11**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
E IGUALDAD DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

S82 Fractura pierna, inclusive el tobillo

GPC

Diagnóstico y tratamiento de la fractura de tobillo en los adultos

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

La fractura de tobillo es la pérdida de continuidad ósea de la tibia distal y/o el peroné distal, con o sin lesión articular-ligamentaria.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

1. Anamnesis dirigida a determinar:
 - Factores de riesgo
 - Mecanismo de lesión ante cualquier sospecha de fractura de tobillo, así también
 - Búsqueda de heridas, lesiones asociadas de tipo vascular o neurológico
 - Localización de pulsos pedio y tibial posterior,
 - Llenado capilar,
 - Temperatura
 - Sensibilidad distal.
 - Deformidad de tobillo

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

1. Realizar toma de radiografías en anteroposterior, lateral y proyección de mortaja
2. En caso de apertura de la sindesmosis sin lesión ósea, solicitar proyección anteroposterior de la pierna completa
3. Proyecciones de Stress en caso de fractura del peroné aislada y mortaja del tobillo intacta
4. Realizar mediciones radiológicas y clasificación de la fractura
5. Tomografía computarizada solicitar en fractura conminuta, de compresión o con trazo intra-articular
6. Resonancia magnética en duda diagnóstica o en pacientes con politrauma
7. Realizar angiografía o angiotac en caso de sospecha de lesión arteriovenosa o politrauma

TRATAMIENTO CONSERVADOR

- Inmovilización externa; Vendaje, Férula, Yeso u Ortesis
- Colocar el tobillo en posición fisiológica, tolerable
- Uso de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Profilaxis antibiótica

1. **Lesión de sindesmosis** reparación quirúrgica, colocación de tornillo largo de situación
2. **Fractura del pilón posterior** fijación con:
 - Agujas de Kirschner
 - Tornillos (esponjosa)
3. **Fractura uni o bimalleolar** fijación con:
 - Agujas de Kirschner
 - Tornillos
 - Clavos centromedulares
 - Placas (tercio de caña, mipo)
 - Cerclaje (banda de tensión)
4. **Artrodesis**, ésta alivia el dolor articular, con poca o nula movilidad
5. **Amputación** puede ser: Infra-rotuliana: tercio proximal, medio o distal.
6. **Fractura expuesta**: considerar la aplicación de profilaxis tromboembólica
7. Las lesiones vasculares asociadas, controlarse, cuantificarse y valorarse cada hora

TRATAMIENTO REHABILITACIÓN

1. Iniciar posterior a evaluación individualizada
2. Movilización temprana
3. Hidroterapia en tanque terapéutico, tina de remolino, de Hubard y tina horizontal.
4. Baños de contraste

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

1. Paciente con sospecha de lesión realizar:
 - Anamnesis
 - Exploración física
 - Radiología tobillo
 - Inmovilización parcial con vendaje almohadillado o férula suropodálica
 - Referir a la unidad de urgencias
2. Consolidada la fractura referir a Unidad de Medicina Física y Rehabilitación

INCAPACIDAD

Los periodos de incapacidad deben ser considerados y orientados desde la perspectiva de la recuperación fisiológica.

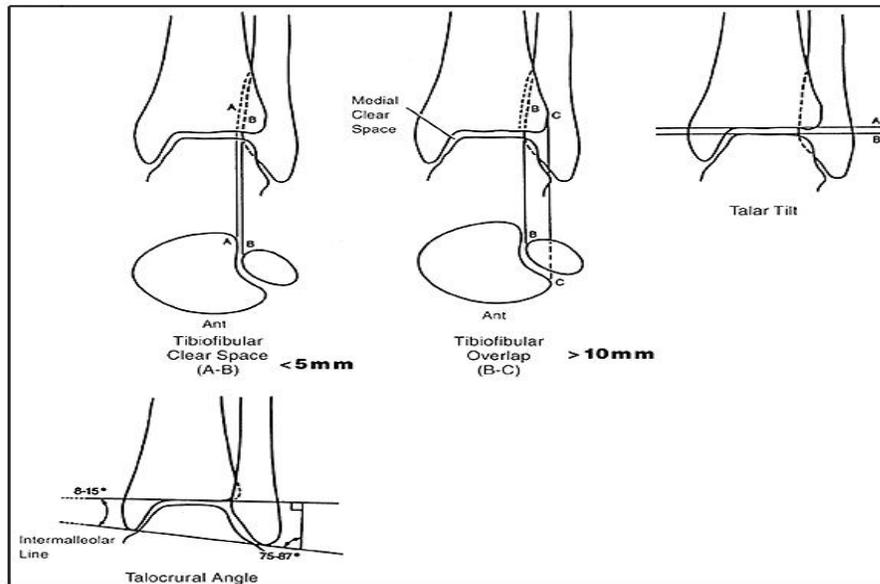
ESCALAS

MEDICIONES RADIOGRÁFICAS

Superposición tibioperonea: Trazar una línea sobre el borde medial de la figura del peroné y otra sobre el borde lateral de la tibia; la sobreposición de los huesos debe medir más de 10mm (1cm). Si es menor sospechar lesión de sindesmosis.

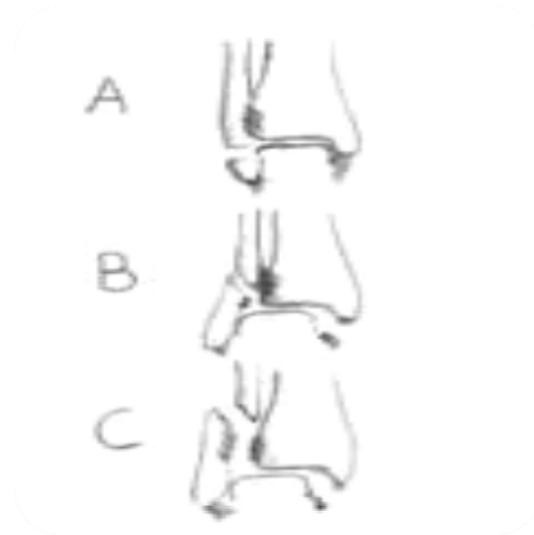
Alineación de Sindesmosis: en la proyección de mortaja, trazar una línea en el borde lateral de la tibia que coincida con el borde lateral del astrágalo. Cualquier pérdida de relación nos habla de lesión de la sindesmosis.

Angulo astrágalo-tibial: Trazar una línea paralela a la superficie articular tibial y otra línea que una los puntos distales de ambos maléolos, hacia la porción medial medir el ángulo formado por ambas líneas; su valor va de 8 a 15 grados, si es menor hablamos de fractura por compresión sea tibial o peroné



CLASIFICACIÓN DANIS-WEBER

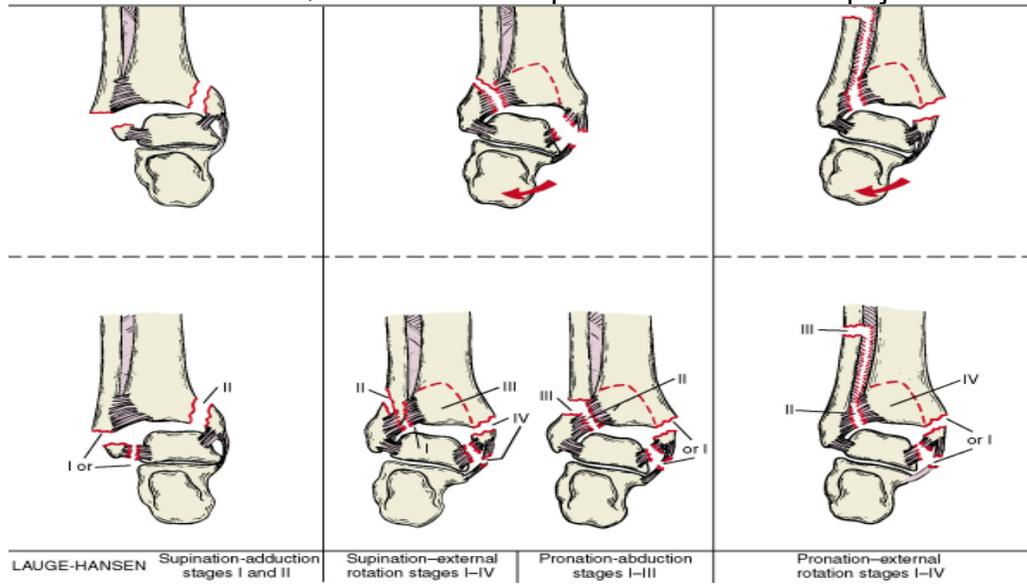
Se basa en la localización de la fractura peronéa, la cual determina la necesidad de intervención quirúrgica debido a que revela el estado de la sindesmosis



Fractures of the tibia and fibula. Charles M. Court-Brown. Rockwood Fractures in Adults 5th Edition 2001 Philadelphia U.S.A. chapter 56 pp. 1064-

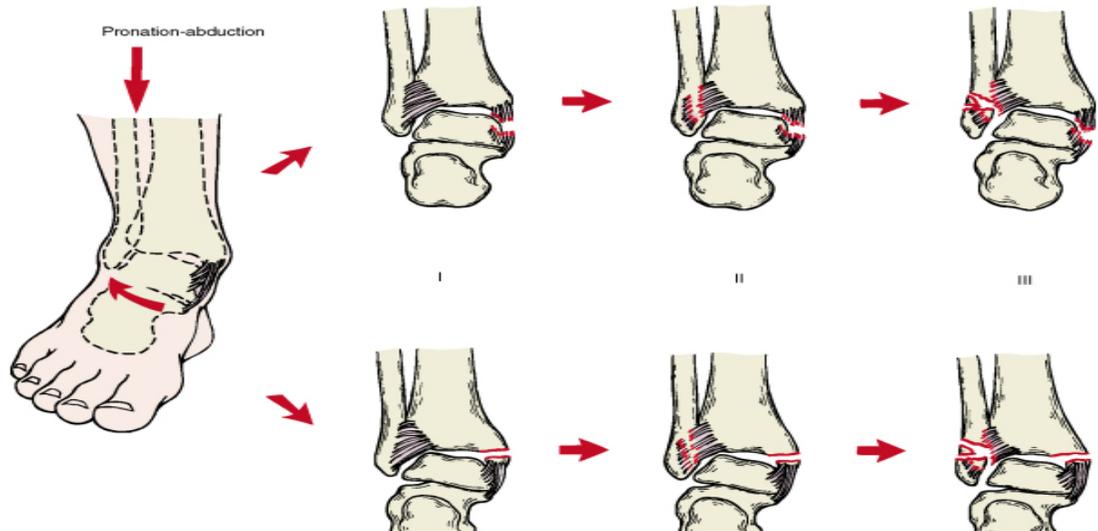
CLASIFICACIÓN LAUGE-HANSEN

Se basa en mecanismo de lesión, dividiéndose en 4 tipos con movimiento complejo



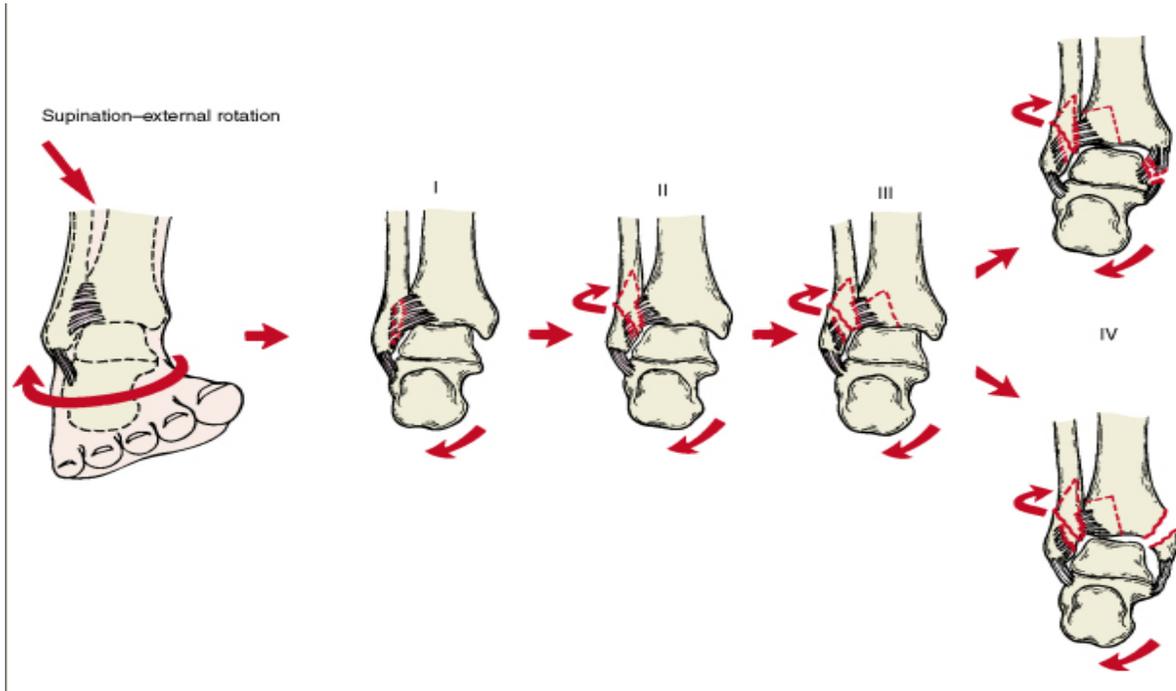
Hanlon D.P.; Leg, Ankle, and Foot Injuries. Emerg Med Clin N Am 28 (2010) 885-905

PRONACIÓN ABDUCCIÓN



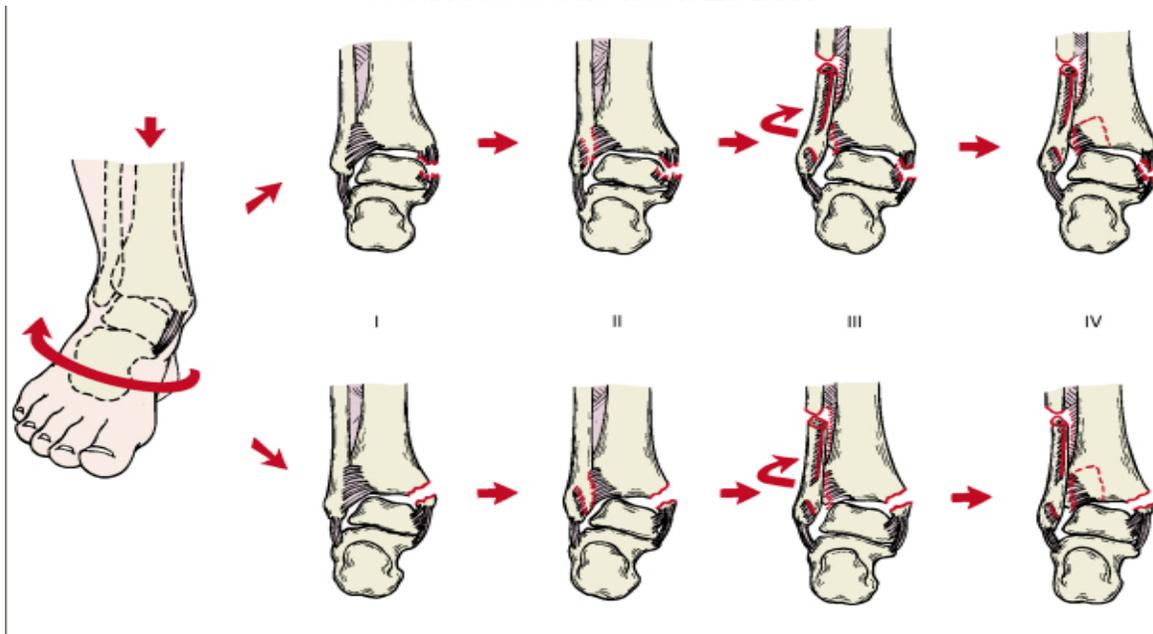
Hanlon D.P.; Leg, Ankle, and Foot Injuries. Emerg Med Clin N Am 28 (2010) 885-905

SUPINACIÓN ROTACIÓN EXTERNA



Hanlon D.P.; Leg, Ankle, and Foot Injuries. Emerg Med Clin N Am 28 (2010) 885-905

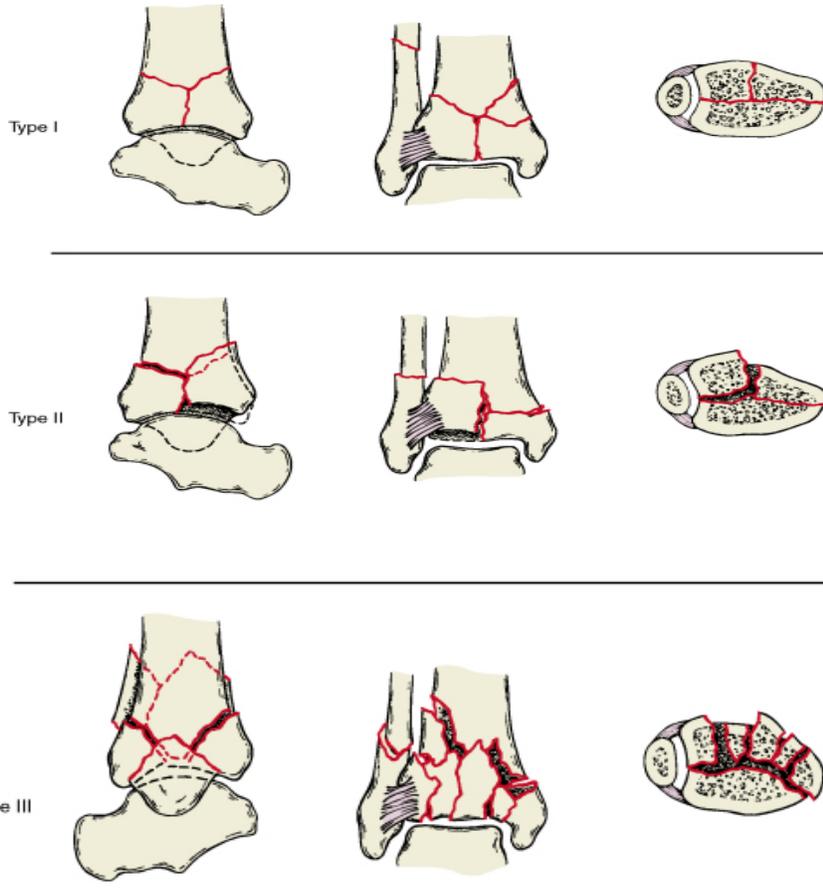
PRONACIÓN CON ROTACIÓN EXTERNA



Park J. C.; McLaurin T. M. Acute Syndesmosis injuries associated with ankle fractures: Current perspectives in management. Bull NYU Hosp Jt. Dis. 2009; 67 (1); 39-44

CLASIFICACIÓN RUEDI

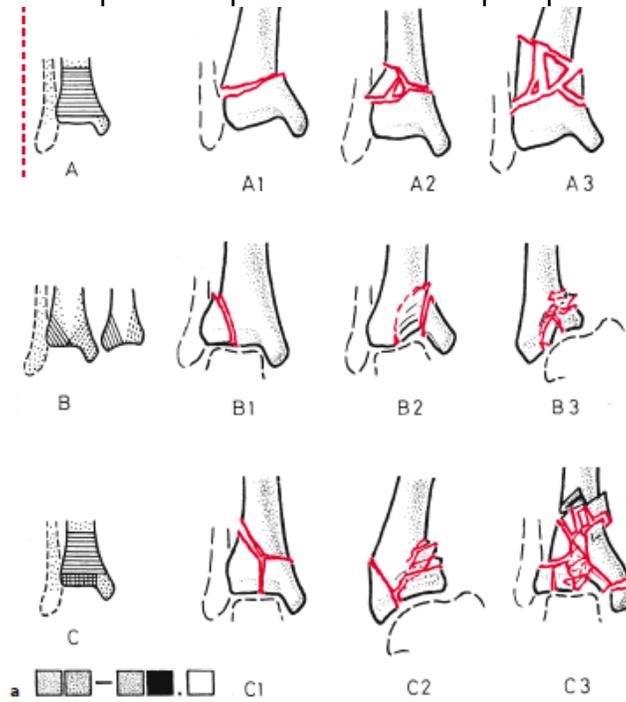
Sistema descriptivo, realiza distinción entre no desplazada, lesiones de baja energía, conminución severa y fracturas impactadas



Rüedi T.P, Allgöwer M. 1969 Fractures of the lower end of the tibia into the ankle joint. Injury 1:92

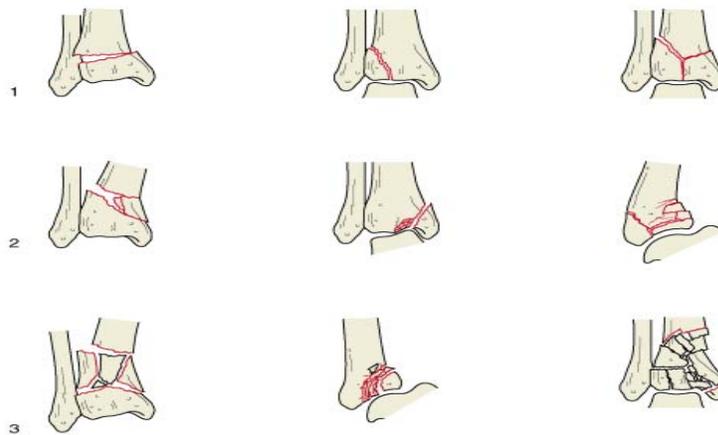
CLASIFICACIÓN A.O.

Sistema descriptivo, se divide con relación al trazo de fractura si es o no articular, conminución, angulación e impactación. El tipo B corresponde a fracturas del pilon posterior tibial.



Müller M.D., Allgöwear M., et. al. Manual of internal fixation techniques recommended by the AO group. 6ª. Ed. Berlin, Springer, - Verlag. 2004

CLASIFICACIÓN Ao DEL PILÓN



Rüedi T.P., Murphy WM, Principios de la AO en el tratamiento de las fracturas. Editorial Masson Doyma México, S.A.2003

ALGORITMOS

