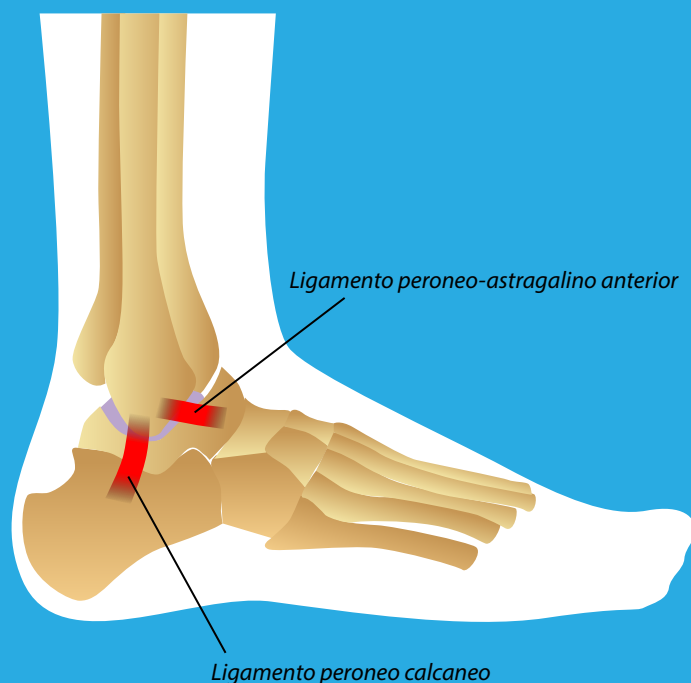




# GUÍA CLÍNICA FRACTURA DE TOBILLO

**DR. DAVID VERGARA**  
**DR. LUIS VERA**  
**DRA. FERNANDA ANABALÓN**



Las lesiones de tobillo son uno de los motivos de consulta traumatológico más frecuente en urgencias, así como Las fracturas de tobillo son el tipo más frecuente de fractura tratado por los cirujanos ortopédicos.

En las últimas dos décadas se ha producido un aumento en la prevalencia de estas fracturas, tanto en pacientes jóvenes y activos como en ancianos. También parece haber aumentado la frecuencia de lesiones complejas del pie y tobillo como resultado del uso de dispositivos de seguridad en los automóviles, como los cinturones de seguridad y los airbags, que disminuyen la mortalidad y protegen el tronco, pero no necesariamente las extremidades inferiores. Por eso la importancia de lograr una adecuada evaluación, diagnóstico y derivación oportuna en condiciones adecuadas, para lograr resultados óptimos, en el tratamiento de estas lesiones.



## PACIENTE

Historia de torsión, y evolución con dolor e impotencia funcional

### DIAGNÓSTICO

A examen evaluar

Capacidad de bipedestación, carga y marcha  
Alineación de la extremidad.

Presencia de lesiones de partes blandas,  
exposición ósea, flictenas, Aumento de  
volumen, equimosis

Palpar estabilizando articulación, principalmente borde posterior de ambos maleolos, fibula completa y finalmente puntos doloroso específicos y zonas ligamentarias. NO buscar crepito óseo ni movilidad anormal.

Palpar pulsos distales y  
evaluar llene capilar  
sensibilidad y movilidad

Si bien, un paciente que logra deambular más de 4 pasos y no presenta dolor en borde posterior de maleolos es improbable que presente una fractura de tobillo. Ante la sospecha diagnostica, todos deben ser evaluados con radiografía para descartar o confirmar el diagnóstico.



# RADIOGRAFÍA

Se deben tomar en 3 proyecciones

PACIENTE

AP(anteroposterior),Lateral y Mortaja de tobillo

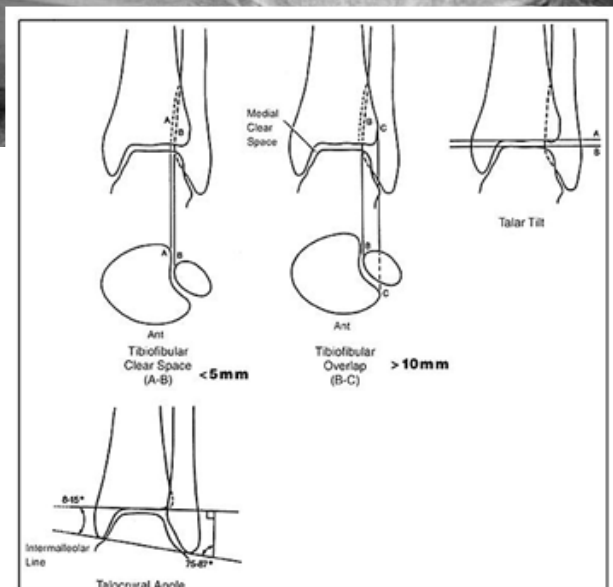
Pacientes que presenten dolor en fibula proximal

debe **solicitar**

AP y lateral de pierna



Se debe buscar continuidad o indemnidad de corticales, así como congruencia articular. Existen parámetros específicos para la lesión de sindesmosis y desplazamiento.





CLASIFICACIÓN

CLASIFICACIONES PARA LAS FRACTURAS DE TOBILLOS

AO

LAUGE-HANSEN

WEBER

Weber es la más frecuentemente utilizada, ya que es simple y permite caerse una idea del tipo de lesión, la energía implicada y las posibles estructuras lesionadas.

CLASIFICACIÓN

WEBER

TIPO A

TIPO B

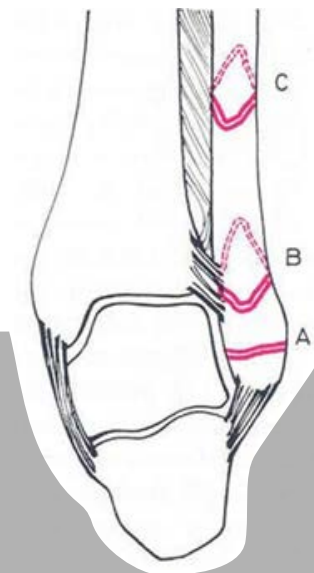
TIPO C

PERONÉ INFRA-SINDESMAL

PERONÉ TRANS-SINDESMAL

PERONÉ SUPRA-SINDESMAL

FIGURA REPRESENTATIVA





TRATAMIENTO

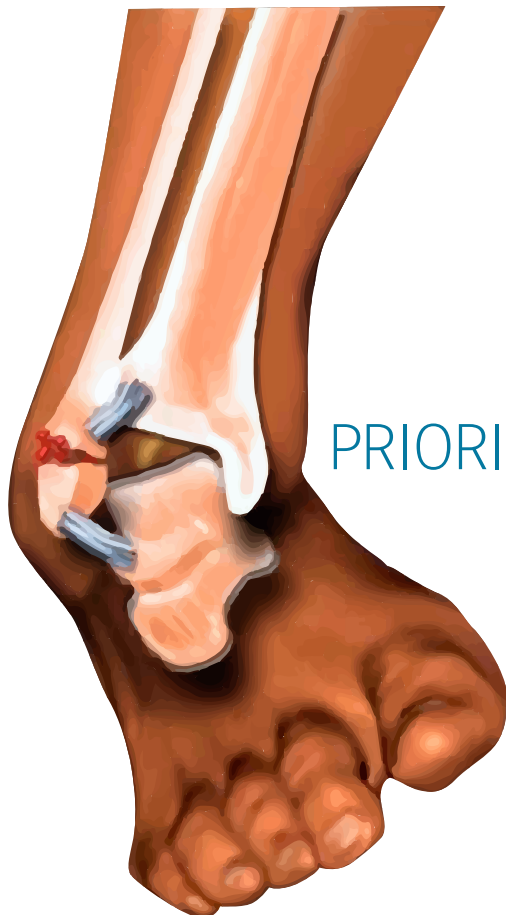
| MANEJO INICIAL MEDICO<br>NO ESPECIALISTA   | CONDUCTA   |
|--|--|
| Pie en Alto  | Retiro de prendas constrictivas y calzado  |
| Analgesia según grado de dolor y respuesta del paciente<br>Inmovilización provisoria | A. Idealmente con férula de yeso correctamente aplicada. De no ser posible, inmovilizar con férula de emergencia, de cartón, etc. según lo permitan las circunstancias. Lo importante es que ante sospecha de fractura no se puede dejar sin inmovilización. |
| Estudio radiológico de tobillo   | Considerar si se va a inmovilizar con yeso, tomar Radiografías previo a este si es posible. No contar con radiografías o persistencia de duda diagnóstica razonable, derivar a especialista.   |
| Confirmación diagnóstica   |  |
| TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO<br>INICIAL DE FRACTURAS<br>EXPUESTAS                         | - Administrar Cefazolina 2gr. EV por una vez<br>- Si alergia a Cefazolina o Penicilina, administrar Clindamicina 600mg EV por una vez.   |
|  | - Si la lesión ocurrió en terreno agrícola o contaminación por vegetales agregar Penicilina Sódica 5.000.000 UI EV por una vez   |



DERIVACIÓN INMEDIATA

Fracturas expuestas.  
Luxofracturas.  
Fracturas desplazadas.  
Asociadas a lesión neurovascular.  
Pacientes con clínica acorde a lesión severa sin posibilidad de estudio Radiológico.

Los pacientes deben ser derivados con informe de la evaluación inicial y los tratamientos realizados en forma clara, y las radiografías realizadas. Idealmente en formato no digital, para evitar problemas en lectura de estas.



PRIORITARIA

**En el caso de las fracturas expuestas**, se debe iniciar tratamiento antibiótico endovenoso (ver anexo n°1) y administrar **profilaxis antitetánica** si corresponde. Aseo superficial de herida, si es posible y cubrir con apósitos estériles.

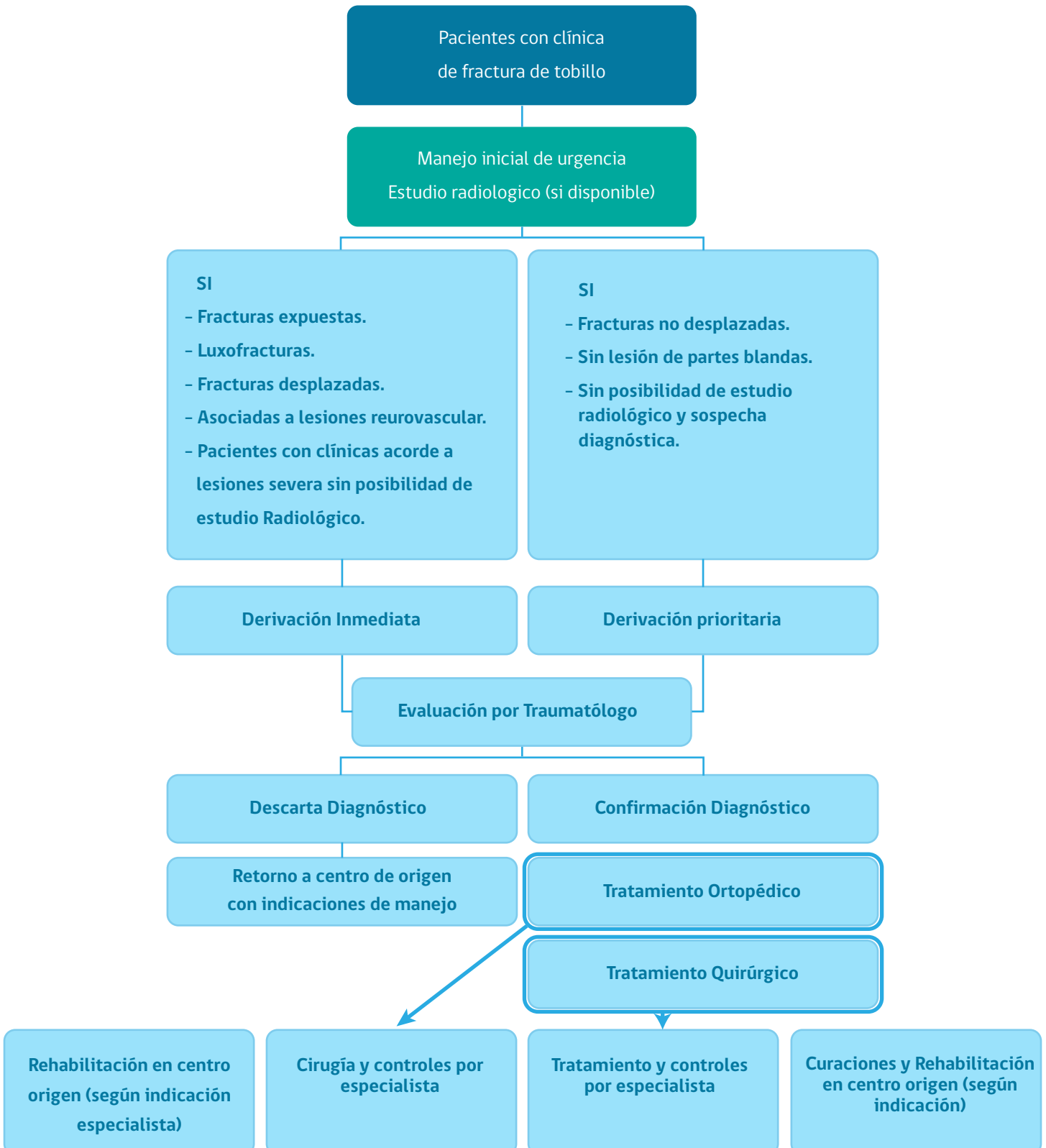
**En el caso de luxofracturas severas** o paciente con deformidad severa de la extremidad, esta se debe alinear y luego inmovilizar (no reducir).

Esto se realiza, ejerciendo una tracción suave en el eje de la extremidad, hasta conseguir alinear y luego se inmoviliza en forma transitoria.

El especialista realizara la evaluación, confirmación diagnóstica y tratamiento definitivo.

**Tratamiento ortopédico:** inmovilización y controles iniciales por especialidad, hasta requerir iniciar rehabilitación la que será realizada en su centro de origen.

**Tratamiento quirúrgico:** Por especialidad, incluyendo controles post operatorios. Sera referido a su centro de origen para curaciones y rehabilitación.





## BIBLIOGRAFÍA

01. Frey C, Bell J, Teresi L, Kerr R, Feder K. A comparison of MRI and clinical examination of acute lateral ankle sprains. *Foot Ankle Int.* 1996;17(9):533-537.
02. Lionberger DR, Brennan MJ. Topical nonsteroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain due to soft tissue injury: diclofenac epolamine topical patch. *J Pain Res.* 2010;3:223-233.
03. Ziltener JL, Leal S, Fournier PE. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for athletes: an update. *Ann Phys Rehabil Med.* 2010;53(4):278-282.
04. Ramsey PL, Hamilton W. Changes in tibiotalar area of contact caused by lateral talar shift. *J Bone Joint Surg Am.* 1976 Apr;58(3):356-7. PubMed PMID: 1262367.
05. IV. Thordarson DB, Motamed S, Hedman T, Ebramzadeh E, Bakshian S. The effect of fibular malreduction on contact pressures in an ankle fracture malunion model. *J Bone Joint Surg Am.* 1997 Dec;79(12):1809-15. PubMed PMID: 9409794.
06. Hastie GR, Divecha H, Javed S, Zubairy A. Ankle injury manipulation before or after X-ray--does it influence success? *Injury.* 2014 Mar;45(3):583-5. doi: 10.1016/j.injury.2013.10.016. Epub 2013 Oct 22. PubMed PMID: 24268190.
07. White BJ, Walsh M, Egol KA, Tejwani NC. Intra-articular block compared with conscious sedation for closed reduction of ankle fracture-dislocations. A prospective randomized trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2008 Apr;90(4):731-4. doi: 10.2106/JBJS.G.00733.
08. Furia JP, Alioto RJ, Marquardt JD. The efficacy and safety of the hematoma block for fracture reduction in closed, isolated fractures. *Orthopedics.* 1997 May;20(5):423-6
09. Zhang ZA, Wu XB, Wang MY. [A comparative research on the treatment of ankle fracture with dislocation between emergency surgery and selective surgery]. *Beijing Da Xue Xue Bao.* 2015 Oct 18;47(5):791-5

CREDITOS EDITORIAL

*JUAN PABLO CARCAMO - PROCESOS CLINICOS*

*JOSE LUIS NOVOA - DISEÑO GRAFICO*