

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
QUINTO AÑO

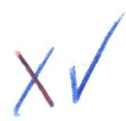
FRACTURAS DE TOBILLO Y PIE

MATERIA: TRAUMATOLOGIA

DOCENTE: Dr. RICARDO ZABALA

**ALUMNOS: BUTRON HEREDIA JACQUES
CABEZAS BARROSO CARMEN
CAERO MENDEZ EDSON
CALATAYUD BARRIENTOS PATRICIA
CALLAÑAUPA HUARHUA FREDDY
CAMACHO CLAROS JHIAN CARLA
MONTAÑO DELGADILLO LUCIO**

COCHABAMBA-BOLIVIA



W.F.S.
tesis
B987F
2002

6.5

FRACTURAS DE TOBILLO Y PIE

I. - GENERALIDADES

Se define como fractura a toda solución de continuidad en el hueso, existiendo múltiples clasificaciones de éstas, una de ellas determina:

SEGÚN LA UBICACIÓN

- ☛ Diafisaria
- ☛ Episiaria
- ☛ Metafisaria

SEGÚN LA LINEA DIVISORIA

- ☛ Incompletas: - Fisuras
- Infracción
- Inflexión
- Compresivos
- ☛ Completas

SEGÚN NUMERO DE FRAGMENTOS

- ☛ Dos fragmentos
- ☛ Con pequeño fragmento libre
- ☛ Conminuta
- ☛ Multifragmentos

SEGÚN EL TRAZO FRACTURADO

- ☛ Longitudinal
- ☛ Transversal
- ☛ Oblicua
- ☛ En espiral

SEGÚN COMUNICACIÓN CON EL EXTERIOR

- ☛ Cerradas
- ☛ Abiertas o complicadas
- ☛ Abiertas o secundaria

SEGÚN MECANISMO DE PRODUCCION

- ☛ Compresión
- ☛ Flexión
- ☛ Torsión
- ☛ Cizallamiento
- ☛ Arrancamiento

SEGÚN DESPLAZAMIENTO

- ☛ LONGITUDINAL:
 - ◆ Con acortamiento - Cabalgamiento
 - ◆ Con alargamiento - Penetración
 - ◆ - Diástasis
- ☛ TRANSVERSAL
- ☛ ROTATORIO
- ☛ AXIAL O ANGULACION

DIAGNOSTICO

1.- CLINICO

- Síntomas cardinales:
 - Dolor a la presión del hueso
 - Deformidad
 - Movilidad anormal
 - Crepitación ósea
- Signos complejo secundario
 - Edema
 - Flictenas serosos y serohemáticos
 - Equimosis
- Manifestaciones sistémicas
 - Shock hipovolémico
 - Hipertermia
- Laboratorio
 - Aumento de la velocidad de eritrosedimentación
 - Aumento de la fosfatasa alcalina
 - Lipuria
 - Urobilinuria

- Explorar
 - Condición neurológica (Sensibilidad, reflejos, tono muscular)
 - Condición vascular (pulsos, color de piel, llenado capilar, etc.)
- Una complicación importante representa la oclusión arterial que en mas de 4-6 horas produce isquemia importante llegando incluso a la necrosis. Las causas que determinan éste proceso son:
 - Espasmo arterial
 - Trombosis
 - Rotura arterial

2.- Radiológico

- Pedir placa siempre antero posterior y lateral y dependiendo del segmento anatómico se pedirá en posiciones especiales.

EVOLUCION Y COMPLICACIONES

- Las fracturas evolucionan hacia la consolidación y formación del callo óseo, subperióstico o interfragmentario

COMPLICACIONES POR REPOSO PROLONGADO

- Congestión e infección pulmonar
- Escaras por decúbito
- Trombosis venosa
- Embolia grasa
- Litiasis urinaria (hipercalciuria, éstasis urinaria y alcalinización de orina)
- Además:
 - Atrofia muscular
 - Limite de movilidad articular
 - Edema persistente

- Dolor
- Necrosis ósea avascular
- Trastorno de consolidación: Seudoartrosis y retardo en la consolidación.

TRATAMIENTO

1.- Inmovilización

Realizada para:

- Calmar el dolor
- Evitar edema
- Evitar compresión de partes blandas
- Hacer más fácil la reducción

2.- Reducción correcta

CERRADA:

- Compresión manual directa
- Coaptación y tracción
- Contratracción y coaptación

ABIERTA:

- Ostosíntesis

3.- Actitud precoz y rehabilitación

II.- ANATOMIA.

CUELLO DEL PIE

Esta formado por la articulación que une los extremos distales de la tibia y el peroné (unidos por la articulación peroneotibial) con el astrágalo.

La articulación peroneotibial inferior, une los huesos de la pierna para formar la mortaja tibioperonea que se articulará con el astrágalo arriba y lateralmente.

La articulación esta unida a través de una cápsula articular y dos fuertes ligamentos laterales (interno y externo).