



XV ✓  
WFS  
tesis  
B987F  
2002

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**

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: Pseudoartrosis 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).