

FRACTURA AISLADA DE MALEOLO TIBIAL TRAS LUXACIÓN DE TOBILLO. A PROPÓSITO DE UN CASO



HOSPITALES UNIVERSITARIOS
Virgen del Rocío

Martín Antúnez J, López Pliego M, Romero Sánchez M, Ammari Sánchez- Villanueva F, Hierro Cañas FJ, Gonzalez del Pozo J.

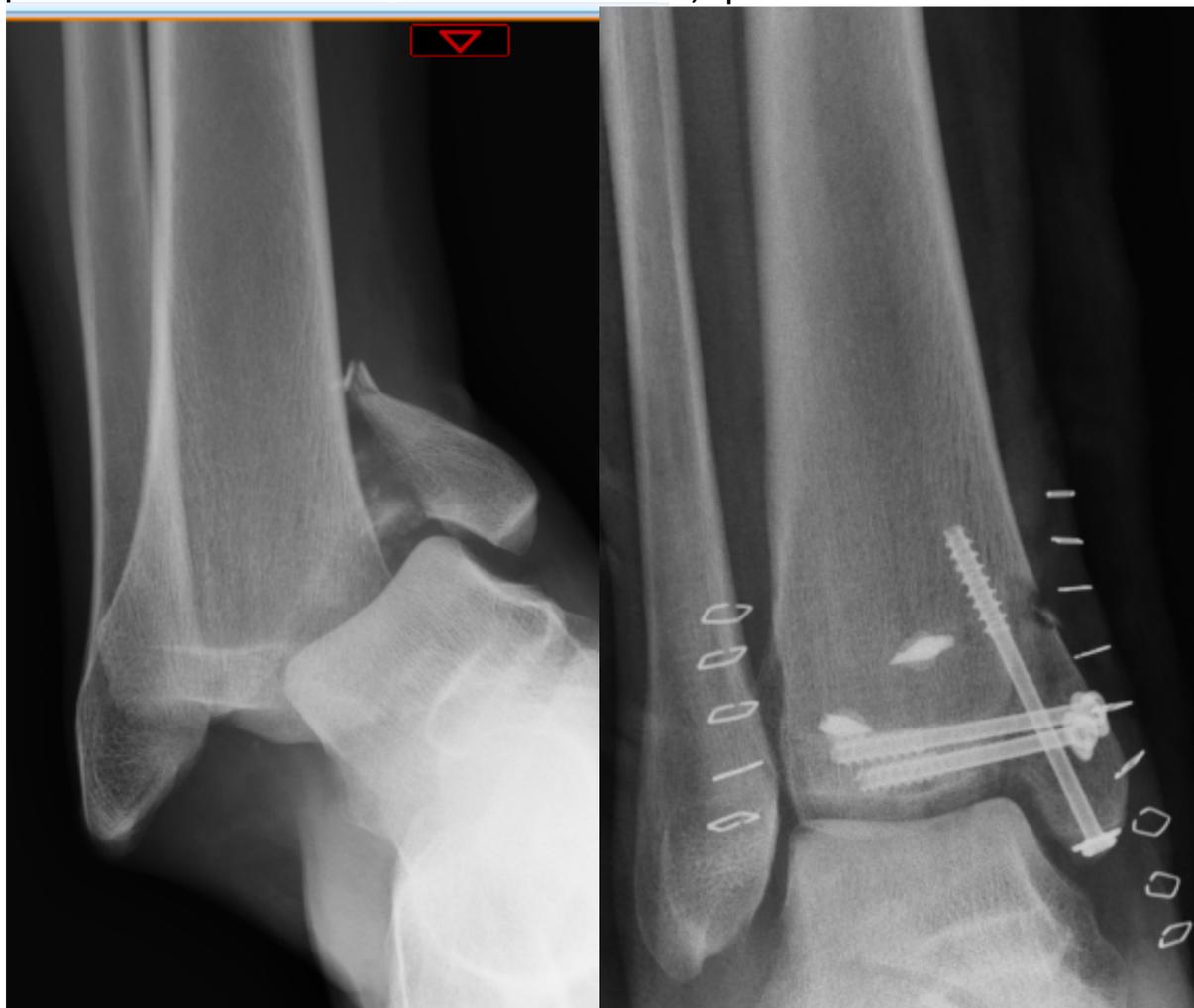
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y objetivos

Las luxaciones tibioastragalinas internas son raras y suelen relacionarse con mecanismos violentos (flexión plantar + torsión), presentando evolución tórpida en la mayoría de ocasiones

Material y Metodología

Varón, 39 años, que sufre mecanismo de torsión brusca del tobillo al tropezar con el bordillo de una piscina. Acude a urgencias presentando deformidad evidente, pulso peroneo presente y tibial posterior débil, así como parestesias en territorio tibial posterior y peroneo superficial. En la Rx se observa luxación tibioastragalina medial, con fractura del maléolo tibial medial asociada. Tras la reducción cerrada en urgencias se procede a estabilización quirúrgica, realizándose un abordaje medial ampliado, objetivándose desinserción de todos los haces del ligamento deltoideo, cápsula anterior, que se reinsertan, y fractura por impactación del compartimento anteromedial tibial, así como pérdida de stock óseo del maléolo tibial, que se sintetiza con dos tornillos a compresión.



R
E
S
U
L
T
A
D
O
S

Dado el gran componente de inestabilidad residual, se mantiene al paciente con férula hasta los 40 días postoperatorios. Tras la retirada de la misma se objetiva incompetencia del tibial posterior, con tendencia a la rotación externa del pie, lo que se consigue compensar con el empleo de ortesis tipo Walker y rehabilitación. Tras 6 meses, el paciente presenta un retardo de la consolidación tibial, con inicios de artrosis tibioastragalina. Actualmente se encuentra pendiente de completar magnetoterapia y medicación específica antes de plantear nueva cirugía.

Conclusiones

Las luxaciones tibioastragalinas se caracterizan por una evolución impredecible. Entre un 30-50% de los casos se asocian a fracturas abiertas y lesiones de los tendones Aquiles, extensores y/o peroneos, así como lesiones de los pedículos pedio y tibial posterior. En los casos en que no asocian fracturas, se puede optar por la reducción cerrada y tratamiento con yeso prolongado (unos 45 días), decidiéndose la reparación ligamentaria en función de la inestabilidad postreducción. Las principales complicaciones pasarían por un cuadro de inestabilidad crónica y de artrosis (50%) por las lesiones osteocondrales asociadas. En este caso, el componente doloroso unido al stock óseo residual, una vez complete el tratamiento, será el que plantee la necesidad de una segunda cirugía.



55 CONGRESO
secot