

11245
29/34A



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Dirección General de Servicios Médicos del
Departamento del Distrito Federal

Dirección de Enseñanza e Investigación

Subdirección de Enseñanza Médica

Departamento de Posgrado

Curso Universitario de Especialización en
Traumatología y Ortopedia

**RESULTADOS ENTRE DOS METODOS DE TRATAMIENTO
(CONSERVADOR Y QUIRURGICO) EN PACIENTES
CON FRACTURAS DE TOBILLO**

Trabajo de Investigación Clínica

P r e s e n t a :

Dr. Ozcar Felipe García López

para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia

Director de Tesis: Dr. José Luis Rodríguez F.

1988

FALL DE CRIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE :

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y	
METODO	5
RESULTADOS	9
COMENTARIO	15
CONCLUSIONES	18
RESUMEN	19
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	20

INTRODUCCION :

El presente trabajo es un estudio clínico de tipo ENCUESTA COMPARATIVA, en el cual se observará la evolución de los pacientes con fracturas malleolares del tobillo, los cuales fueron tratados tanto en forma conservadora, por medio de una manipulación cerrada e inmovilizados con aparato de yeso, y los que ameritaron ser intervenidos quirúrgicamente, con diversas técnicas de osteosíntesis.

En el Hospital General y Urgencias "La Villa", tenemos una incidencia de 1.5 paciente diarios, que se atienden en el servicio de Urgencias, los cuales presentan las diversas modalidades de fracturas-luxaciones del tobillo, ya sean unimaleolares, bimaleolares o trimaleolares. Las cuales se pueden acompañar de diversos tipos de lesiones de los tejidos blandos.

Actualmente utilizamos la clasificación de Weber (sistema - AO), quien modificó la clasificación "anatomopatológica" de Denis

La preferencia que se tiene por esta clasificación, consiste, en que define la patología del Peroné (fibula) y si existe lesión de la sindesmosis tibio-peronea inferior, la cual ocupa el centro de atención. Además es más práctica, en comparación con la "Genética" de Lauge-Hansen, la cual se basa en el presunto mecanismo del accidente, o la "Radiográfica", que solo nos indica el número de maleolos fracturados y la dirección en que está dislocado el astrágalo (talus) con respecto a la pinza maleolar.

Esta última clasificación no proporciona ninguna información sobre las no menos importantes lesiones ligamentosas, ni nos orienta sobre la terapéutica a seguir, como lo hace la clasificación de Lauge-Hansen.

Debemos tener en cuenta que no solo tienen importancia las fracturas maleolares- tejido óseo -, sino que también las lesiones de los tejidos blandos- ligamentos y sindesmosis -, los cuales desempeñan un papel importante en la estabilidad de la articulación.

Un acortamiento o desplazamiento del maleolo peronéo, puede ocasionar una incongruencia de la mortaja del tobillo y en forma secundaria ocasionar una degeneración articular temprana y de rápida evolución. (1-4,6,7,9)

Durante las 6 primeras décadas de nuestro siglo, el método de tratamiento más común fué la reducción cerrada e inmovilización con aparato de yeso. En tanto que el tratamiento quirúrgico solo se usaba con el fin de reunir los fragmentos fracturarios, sin una alta demanda en la estabilidad del tobillo (1,6,7)

Danis resalta la importancia que tiene el maleolo lateral y la sindesmosis en la estabilidad del tobillo, es por ello que desde fines de los 60's, en base a los trabajos de la "AO", que se da auge al tratamiento quirúrgico de las fracturas del tobillo y la rehabilitación temprana en estos pacientes. (1,2,6-9).

Existen diversos trabajos en los cuales se destaca los resultados incomparablemente mejores que se obtienen con el tratamiento quirúrgico, sin embargo hay otros autores que destacan -- los buenos resultados obtenidos con un tratamiento conservador por medio de manipulaciones cerradas y aparato de yeso para inmovilizar.

Entre la población de nuestro hospital existen diversos -- factores -- económicos, laborales, educativos --, que impiden que sean tratados quirúrgicamente y por lo tanto son atendidos conservadoramente con reducción cerrada e inmovilización con aparato de yeso. Lo anterior motivó el interés para evaluar la evolución y conocer las secuelas que presentaron nuestros pacientes y con ello realizar una comparación entre los dos tipos de tratamien-

To y los resultados obtenidos por otros autores.

Dentro de las estadísticas del Hospital Gral. y Urgencias "La Villa", las fracturas del tobillo ocupan uno de los 3 primeros lugares de frecuencia en el grupo de pacientes jóvenes y -- adultos jóvenes -18=45 años-, compitiendo con las fracturas de tibia y fémur.

Hay que destacar que este grupo de edad, económicamente hablando, es el más productivo y el que más compromisos sociales tiene. Lo anterior puede ocasionarle problemas económicos, laborales, familiares, sociales, físicos e inclusive psicológicos, esto último manifestado como Enfermedad Fracturaria, la cual puede -- ser una Distrofia. (1,2,5-9)

Haciendo un poco de Historia, en relación a las fracturas del tobillo, mencionaremos que Hipócrates (400 años A.C), ya conocía las fracturas maleolares y la luxación del tobillo.

Dupuytren (1819), fué el primero en reproducir fracturas en cadáveres.

Lauge-Hansen (1942-1963), clasifica las fracturas en base al mecanismo de lesión; "Clasificación Genética".

Con el advenimiento de los rayos Roentgráficos, se demuestra la frecuencia de las fracturas, así como la diástasis articular.

Chaput (1908), presenta el método de la línea clara para la diástasis articular, la cual posteriormente es difundida por Merle D'Aubigné.

L. Bühler (1957), adopta la clasificación genética para "La técnica del tratamiento de las fracturas", siendo de los que más apoyan el tratamiento conservador.

Watson-Jones (1962), describe 6 mecanismos de producción de las fracturas maleolares.

Danis (1948), describe la "Clasificación Anatomopatológica" la cual sirve de base para la de Weber o del grupo "AO" de Suiza, que es la que se usa con mayor frecuencia hoy día.

Dupuytren refiere que las fracturas se reducen en forma inversa a como tuvo lugar la acción traumática y se mantienen colocando el pie en posición de corrección inversa al momento de producirse la lesión. Con el tratamiento incruento hay un elevado número de lesiones curadas insatisfactoriamente, lo cual varía desde un 30-50%, según diversas estadísticas, lo cual tiende a disminuir hasta 20% con la reducción "Genética". Sin embargo no es lo óptimo, y, que existe una buena cantidad de Artrosis Dolorosa, por incongruencia articular, secundaria al acortamiento del peroné.

Es con Von Volkmann, el que inicia el tratamiento quirúrgico de las fracturas del tobillo. Lane y Lambotte posteriormente inician el tratamiento quirúrgico sistemático de estas fracturas, siendo apoyados todos estos trabajos con la serie presentada por Weber y el grupo suizo "AO" (Arbeitsgemeinschaft Für Osteosynthesfragen), (1-9).

MATERIAL Y METODO:

Los pacientes valorados en el presente estudio, fueron tratados en el Hospital Gral. y Urgencias La Villa, por el servicio de Traumatología y Ortopedia. El tiempo comprendido entre el tratamiento -conservador o quirúrgico-, y la presente valoración -- fué de un año mínimo y de cinco como máximo.

A estos pacientes se les estableció un diagnóstico en forma estándar, por medio de un examen radiográfico, en dos tipos de proyecciones; 1) Vista AnteroPosterior, con el pie formando un ángulo de 90° en relación al plano horizontal y una rotación interna de 20° , para poder valorar la SINDESMOSIS. 2) Vista Lateral, con el pie formando un ángulo de 90° en relación al plano horizontal y rotación externa de 85° .

Las fracturas se clasificaron de acuerdo al criterio establecido por Weber y la "AO", siendo de la siguiente forma:

-Tipo A; Infrasindestmal. -Tipo B; Transindestmal.

-Tipo C; Suprasindestmal.

Sindestmosis; Articulación en la que los dos huesos están unidos únicamente por tejido fibroso. Sindestmosis tibio-peronéa anterior y posterior. (5)

Los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias, indistintamente del tipo de lesión maleolar, fueron sometidos a una reducción cerrada de la(s) fractura(s), siguiendo el método "genético" de Lauge-Hansen y se les inmovilizó mediante un aparato de yeso suprapédico y un nuevo control radiográfico.

Los pacientes que no eran candidatos a un tratamiento quirúrgico, previas indicaciones, se egresaron del servicio de Urgencias y se siguió valorando su evolución a través de la consulta externa. Los que ameritaban cirugía, se ingresaban a la sala hospitalaria y se valoraban en forma global o sistémica, para poder

-Lo operar con todas las ventajas posibles. El promedio de estancia hospitalaria previa a la cirugía fué de 3-5 días y de 7-8 en forma total.

Los pacientes con edema de tobillo, importante, se les colocó un vendaje de R. Jones, a base de 3 capas de algodón y 3 vendajes elásticos, en forma alterna, además de la administración de algún antiinflamatorio y elevación de la extremidad afectada.

Los métodos de osteosíntesis empleados, fueron los sugeridos por la "AO", mediante placas tercio de caña, tornillos corticales, tornillos interfragmentarios, tornillos situacionales o tornillos maleolares. Además de clavillos de Kishner.

Después de la cirugía se les colocó una férula posterior o una en "U" o un aparato de yeso tipo suropédico.

Cuando fué necesario la colocación de un tornillo situacional, éste se retiró a las 6 semanas, antes de iniciar el apoyo del pie o de movimientos activos del tobillo. El demás material de Osteosíntesis empleado, se dejó por tiempo indefinido o si presentaba alguna molestia se retiraba a los 16 meses como tiempo mínimo.

Las variables que me propuse investigar en el presente estudio, se enumeran a continuación:

-Tipo de fractura de acuerdo a la clasificación de Weber.
 -Número de maleolos lesionados.
 -Tipo de tratamiento (conservador o quirúrgico).

-Tiempo de inmovilización.
 -Rehabilitación (¿Durante cuánto tiempo?).

-Pseudoartrosis.

-Rango de movimiento de la articulación.

-Dolor.

-Artrosis.+

-Inflamación.

-Inestabilidad.

- Osteoporosis.+
- Cambios radiológicos de la articulación.+
- Dificultad para caminar.
- Necesidad de aparatos auxiliares para la deambulaci6n.
- Diámetro del tobillo operado,comparativamente.

(+) Variables que se propusieron estudiar en un principio,pero - por falta de cooperaci6n de la poblaci6n estudiada no se pudie-- ron llevar a cabo las proyecciones radiogrÁficas.

La forma en que se recopilaron las variantes investigadas - en los pacientes, fué por medio de un pequeño cuestionario,el que debió ser realizado en el domicilio de los pacientes.

Debido a que no se pudo incluir en el estudio a todos los - pacientes, en virtud a la limitaci6n del tiempo, se realizó una de terminaci6n del tamaño de la muestra que fuese representativa y que a la vez sirviese para los fines propuestos.

Se formaron dos grupos, definidos como; Conservador y Quirúrgico. A partir de ello se desarrollo el presente trabajo.

QUESTIONARIO.

NOMBRE:

EDAD: SEXO:

FECHA DE LA FRACTURA:

ACTIVIDAD LABORAL:

NUMERO DE MALLEOLOS LESIONADOS:

- TRIMALLEOLAR - BIMALLEOLAR - UNIMALLEOLAR MEDIAL LATERAL

TIPO DE FRACTURA (CLASIFICACION DE WEBER): A B C

TRATAMIENTO EMPLEADO.

TIEMPO DE INMOVILIZACION.

RECIBIO REHABILITACION: ¿DURANTE CUANTO TIEMPO?

RETARDO DE CONSOLIDACION O PSEUDOARTHROSIS:

PRESENTA ALGUNA MOLESTIA EN SU TOBILLO? :

- DOLOR :

- INFLAMACION :

- INESTABILIDAD O INSEGURIDAD :

DIFICULTAD PARA CAMINAR :

NECESIDAD DE APARATOS AUXILIARES PARA LA DEAMBULACION :

DIAMETRO DE LOS TOBILLOS :

RANGO DE MOVIMIENTOS DE LA ARTICULACION :

RADIOLOGICAMENTE :

DATOS DE ARTHROSIS :

DATOS DE OSTEOPOROSIS :

CAMBIOS RADIOLOGICOS DE LA ARTICULACION:

REQUIERE LA ADMINISTRACION DE ANALGESICOS :

R E S U L T A D O S :

Los resultados obtenidos en el presente estudio se describen a continuación.

NUMERO DE PACIENTES ESTUDIADOS : 67

SEXO : FEMENINO 34 : 33 MASCULINO.

DISTRIBUCION POR GRUPOS:

- C O N S E R V A D O R ===== F E M E N I N O : 21 (62.6 %)
M A S C U L I N O : 21

- Q U I R U R G I C O ===== F E M E N I N O : 13 (37.4 %)
M A S C U L I N O : 12

E D A D . P R O M E D I O : F E M E N I N O : 38.4 años
(16 - 66 años)

M A S C U L I N O : 31.9 años
(16 - 66 años)

P R O M E D I O D E L T I E M P O D E H A B E R S E F R A C T U R A D O : 2.5 años
(1 - 5 años)

NUMERO DE MALLEOLOS LESIONADOS :

- U N I M A L E O L A R = T I B I A (6) F E M E N I N A S = 3
M A S C U L I N O S = 3
= P E R O N E (18) F E M E N I N A S = 6
M A S C U L I N O = 12

- B I M A L E O L A R = F E M E N I N A S = 22
M A S C U L I N O S = 14

- T R I M A L E O L A R = F E M E N I N A S = 3
M A S C U L I N O = 1

TIPO DE FRACTURA (CLASIFICACION DE WEBER) :

- UNIMALEOLAR = TIPO =	FEMENINO	MASCULINO
"A"	01	02
"B"	03	08
"C"	02	02
- BIMALEOLAR = TIPO =	FEMENINO	MASCULINO
"A"	00	01
"B"	18	07
"C"	04	06
- TRIMALEOLAR = TIPO =	FEMENINO	MASCULINO
"B"	01	00
"C"	02	01

TRATAMIENTO EMPLEADO (T X) :

- UNIMALEOLAR = TIPO =	CONSERVADOR	QUIRURGICO	
"A"	03	00	
"B"	09	02	
"C"	03	01	
MEDIAL	05	01	
- BIMALEOLAR =	"A"	01	00
	"B"	15	10
	"C"	02	08
- TRIMALEOLAR =	"C"	00	03
	"B"	00	01

TIEMPO DE INMOVILIZACION :

- GRUPO QUIRURGICO ; EL PROMEDIO DE INMOVILIZACION FUE DE 3 - 4 SEMANAS, EXCEPTO CUANDO SE COLOCO TORNILLO SITUACIONAL (6. SEMANAS).

- GRUPO CONSERVADOR : LA INMOVILIZACION CON EL APARATO DE YESO -
TUVO UN PROMEDIO DE 6-7 SEMANAS.

REHABILITACION :

- LA REHABILITACION SOLO SE PROPORCIONO A UNA PARTE DE LOS PACIENTES, GRUPO CONSERVADOR (30 %), GRUPO QUIRURGICO (50 %) DURANTE UN PROMEDIO DE 2 - 4 SEMANAS, EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE URGENCIAS LA VILLA.

RETARDO DE CONSOLIDACION O PSEUDOARTROSIS :

- NO HUBO PRESENCIA DE ESTAS COMPLICACIONES.

PRESENCIA DE ALGUNA MOLESTIA EN EL TOBILLO AFECTADO :

- D O L O R ; EN EL GRUPO CONSERVADOR HUBO PRESENCIA DE UN 40 % -
DE ESTE SINTOMA ENTRE LOS PACIENTES, EN TANTO QUE -
SOLO UN 15 % LO MANIFESTARON EN EL GRUPO QUIRURGICO

<u>I N F L A M A C I O N ; T I P O</u>	<u>CONSERVADOR</u>	<u>QUIRURGICO</u>
MINIMO	15 %	10 %
MODERADO	20 %	20 %
MAXIMO	55 %	30 %

<u>I N E S T A B I L I D A D ;</u>	<u>CONSERVADOR</u>	<u>QUIRURGICO</u>
	40 %	15 %

DIFICULTAD PARA CAMINAR :

	<u>CONSERVADOR</u>	<u>QUIRURGICO</u>
- L E N T A M E N T E	35 %	15 %
- T O R P E M E N T E	15 %	04 %

NECESIDAD DE APARATOS AUXILIARES PARA LA DEAMBULACION :

	CONSERVADOR	QUIRURGICO
- B A S T O N ⁺	28 %	06 %

(+) PERSONAS MAYORES DE EDAD.

DIAMETRO COMPARATIVO DE LOS TOBILLOS :

ESTA MEDICION LA REALIZARON LOS PACIENTES AL DESPERTAR, YA QUE -
LA INFLAMACION SECUNDARIA A LA DEAMBULACION, MANIFESTADA POR AL-
GUNOS DE ELLOS, PODRIA MODIFICAR LOS SIGUIENTES RESULTADOS.

MAYOR β EN CMS.	CONSERVADOR	QUIRURGICO
0.5 - 1.0	44 %	03 %
1.1 - 1.5	30 %	10 %
1.6 - 2.0	11 %	30 %
2.1 - 2.5	09 %	24 %
2.6 - 3.0	06 %	33 %

RANGO DE MOVILIDAD DE LA ARTICULACION AFECTADA :

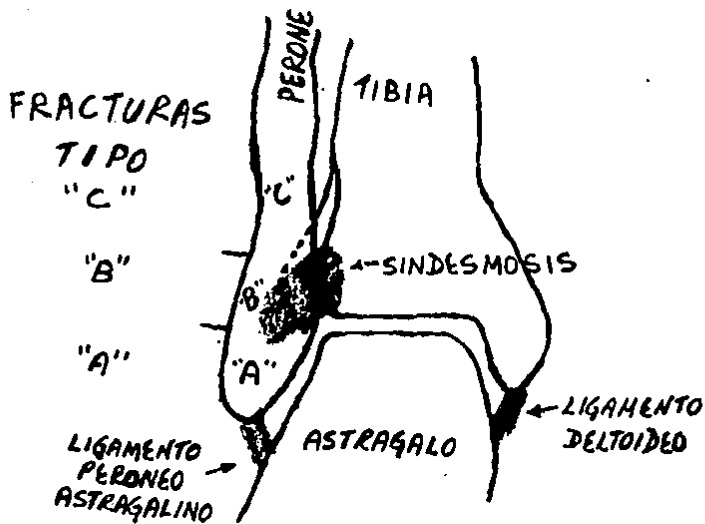
RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO	GRUPO QUIRURGICO	GRUPO CONSERVADOR
SIN RESTRICCIÓN	68 %	78 %
HASTA 30 %	29 %	17 %
31 - 60 %	02 %	03 %
MAS DE 60 %	01 %	02 %

ADMINISTRACION DE ANALGESICOS :

- EL PROMEDIO DE PACIENTES QUE REQUIERE LA ADMINISTRACION DE - ANALGESICOS, PARA MITIGAR LOS DIVERSOS SINTOMAS COMO SON; DOLOR, EN PRIMER LUGAR, LA INFLAMACION Y RIGIDES ARTICULAR SUB SECUENTEMENTE, CON MAYOR FRECUENCIA EN PERSONAS POR ARRIBA - DE LOS 50 AÑOS, FUE EL 56 % DE LOS DEL GRUPO CONSERVADOR Y - EL 24 % DE LOS DEL GRUPO QUIRURGICO.

LOS MEDICAMENTOS MAS UTILIZADOS, EN FORMA DECRECIENTE FUERON: ACIDO ACETIL SALICILICO Y DAPIRONA, DICLOFENATO SODICO, ACIDO TIAPROFENICO, NAPROXEN Y KETOPROFEN.

ESTO PUEDE ESTAR INFLUIDO EN EL COSTO DE LOS MISMOS.



COMENTARIO :

El presente estudio fué realizado en base a datos clínicos obtenidos por medio de un cuestionario-encuesta, realizado a 67-pacientes, tomados al azar, los cuales habían sido atendidos en - el Hospital Gral. y Urgencias La Villa, por el servicio de Traumatología y Ortopedia.

Los pacientes se dividieron en dos grupos; Conservador- los cuales se trataron por medio de manipulación o reducción de la - fractura (s) maleolar (es) y colocación de un aparato de yeso -- por un período de 6-7 semanas. Quirúrgico- los cuales fueron --- tratados con alguno de los métodos aprobados por el grupo "AO"-- de Suiza.

La base del estudio fué comparar la evolución de los pacien- tes para definir que tipo de tratamiento es el que proporciona - mejores resultados y en lo futuro impulsar ese método.

En cuanto a la distribución de pacientes por grupos de sexo no hubo inclinación hacia alguno de los dos grupos, observando -- con ello que hoy día, la mujer tiene una mayor participación en-- en todas las actividades de la vida, incluso en las lesiones del tobillo, que en lo pasado era más común en el Hombre.

En cuanto al tipo de tratamiento, se observa una mayor tenden- cia a utilizar el CONSERVADOR, lo cual está influido por los po- cos recursos materiales existentes en el hospital, por la falta de cooperación de los pacientes, aunado a que pertenecen la mayo- ría a una clase socio-económica de pocos recursos y por otro la- do puede ser a la falta de confianza de los procedimientos qui- rúrgicos.

En cuanto a la edad promedio, no hay mucha diferencia, obser- vando que la media está alrededor de la cuarta década de vida.

-Turas en forma quirúrgica, realizando previamente una buena valoración, siempre y cuando contemos con los recursos suficientes.

También dentro de las conclusiones a que llegamos, es la de no mantener durante mucho tiempo inmovilizados a los pacientes después de una cirugía, para iniciar lo más pronto posible la Rehabilitación y obtener con ello mejores resultados.

Debemos tener en cuenta que para obtener mejores resultados funcionales, deben satisfacerse 4 criterios;

- 1) Las fracturas deben reducirse lo antes posible.
- 2) Todas las superficies articulares deben ser reconstruidas con precisión.
- 3) La reducción de la fractura debe mantenerse hasta que consolide.
- 4) El movimiento de las articulaciones debe instituirse lo antes posible.

Los anteriores resultados difieren con los obtenidos por otros autores (6,7) ya que sus pacientes son la mayoría de la quinta y sexta décadas de la vida, además de tener un mayor porcentaje de tratamientos quirúrgicos.

La mayor parte de lesiones encontradas fueron del tipo bimalleolar, unimalleolares y trimaleolares, en ese orden. En cuanto a la clasificación de Weber, la mayoría correspondieron al tipo -- "B". Esto no varío gran cosa con otros autores (6,7).

En cuanto al tipo de tratamiento empleado, encontramos que -5- pacientes con fractura tipo "C" de Weber, fueron manejados - en forma conservadora, siendo que en todo tipo de literatura, éstas deben ser tratadas quirúrgicamente.

El promedio de inmovilización del grupo conservador, no varío con respecto de otros autores, el que si difiere en gran forma es la inmovilización tan prolongada del grupo quirúrgico, en cuanto a otros autores, los cuales a la semana inician la rehabilitación, la cual es importante en la evolución de los pacientes (1,2,6-8).

En nuestros grupos no hubo datos de pseudoartrosis, lo cual si esta manifestado en varios trabajos publicados.

El dolor estuvo menos presente en los pacientes quirúrgicos al igual en lo referente a la inflamación y la inestabilidad, lo cual es importante e inclina la balanza hacia un manejo quirúrgico, en lo futuro. También hay una mejor marcha obtenida después de la cirugía, requiriendo en pocas ocasiones el auxilio de algún bastón u otro aparato para la deambulación. Sin embargo en cuanto al aumento en el diámetro que queda en forma secundaria en los pacientes operados tiene una mayor proporción que la de los pacientes tratados conservadoramente.

En los pacientes quirúrgicos encontramos una mayor restricción en el rango de movilidad de la articulación afectada, esto - está relacionado con la fibrosis secundaria al proceso de cicatrización y muy probablemente al mayor lapso de tiempo de inmovilización, posterior a la cirugía. Comparado con otros estudios (1, 2 6-8). Lo cual hay que modificar en lo futuro y revalorar nuevamente en forma comparativa, acompañado ésto de una mejor rehabilitación.

La ingesta de medicamentos auxiliares para disminuir el Dolor, la Inflamación y la Rigidez Articular, fué más observada en los pacientes pertenecientes al grupo conservador, tanto en cantidad de comprimidos como en frecuencia u horario.

CONCLUSIONES :

Cuando existe un desequilibrio entre la capacidad de carga y la exigencia funcional de la articulación del tobillo, hecho - que lleva a la Artrosis por Sobrecarga o a la Artrosis por Incongruencia de Preisler. Debemos darle estabilidad a la pinza malleolar, la cual está ligada a:

- a) Longitud normal del Peroné. --
- b) Relación anatómica normal entre Peroné e Incisura Tibial. --
- c) Sujeción ligamentosa normal del Peroné a la Tibia o suficiencia de los ligamentos de la Sindesmosis.

En base a lo anterior podemos manifestar que la mayor parte de las ocasiones no podemos cumplir con esos preceptos al -- tratar a los pacientes con manipulaciones cerradas e inmovilizados con un aparato de yeso y ello puede darnos como resultado - negativo lo que encontramos en los pacientes estudiados - dolor, inflamación, inestabilidad, dificultad para deambular, utilización de aparatos auxiliares, necesidad de administración de analgésicos -, en una mayor proporción que los pacientes quirúrgicos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Debido a que el Tobillo es una articulación muy importante - en el funcionamiento, deambulación y mantenimiento de la posición de erguido, lo cual nos distingue de los animales. Debemos tener - una consideración especial al tratamiento de las lesiones que lo involucren, ya sean óseas (maleolares) o de tejidos blandos (ligamentos, sindesmosis).

Debemos también cambiar la mentalidad de aquellos que aún se inclinan por los métodos conservadores en cualquier tipo de lesión y tener siempre en cuenta los siguientes enunciados como INDICACIONES DE CIRUGIA ; Fracturas tipo "A"; Cuando haya luxación. Todos los casos con una fractura vertical a través del maleolo medial y una zona de compresión en la parte medial de la superficie articular distal de la tibia. Tipo "B"; Las fracturas bimaloleares y trimaleolares son inestables y deben ser fijadas rigidamente, para iniciar una pronta rehabilitación. Tipo "C"; Todas las fracturas de este tipo implican una inestabilidad articular del tobillo y por lo tanto deben operarse.

R E S U M E N :

Las fracturas maleolares o del tobillo ocupan uno de los 3 - primeros lugares de frecuencia en el Hospital Gral y Urgencias La Villa. Este tipo de lesiones pueden ser incapacitantes de no ser atendidas adecuadamente. Dejando como secuelas dolor, artrosis, inestabilidad entre otras.

El presente estudio muestra las diferencias encontradas entre dos grupos de pacientes tratados en forma conservadora, la mayoría y quirúrgicamente, la minoría.

Obteniendo en conclusión que el método conservador deja más secuelas, por lo cual nos inclinamos en lo futuro a tratar las frag

B I B L I O G R A F I A :

- 1) Weber EG. Lesiones traumáticas de la articulación del tobillo. Barcelona, España: Editorial Científico Médica, 19
- 2) Chapman MW. Fracturas y fracturas-luxaciones de la región -- del tobillo. En: Mann RA, eds. Cirugía del pie. Buenos Aires:-- Editorial Medica Panamericana, 1987: 667-693.
- 3) Lelievre J, Lelievre JF. Patología del pie. Cuarta edición. - Barcelona: Toray-Masson, S.A. 1982.
- 4) Colton CL. Traumatismos del tobillo. En: Wilson JN eds. Wat-- son-Jones, Fracturas y heridas articulares. Tercera edición.-- Barcelona; Salvat editores S.A., 1982: 1031-1085.
- 5) Salter RB. Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético Primera edición. Barcelona: Salvat editores S.A., 1978.
- 6) Bauer M, Bergström B, Hemborg A, Sandegård J. Malleolar Fracture nonoperative versus operative treatment, A controlled study. -- Clinical Orthopaedics and related research 1985 (october), -- (199): 17-27.
- 7) Lindsjö U. Operative treatment of ankle fracture-dislocations Clinical Orthopaedics and related research 1985 (october), -- (199): 28-38.
- 8) Segal D, Wiss DA, Whitelaw GP. Functional bracing and rehabilitation of ankle fractures. Clinical Orthopaedics and related - research 1985 (october), (199): 39-45.
- 9) Lindsjö U. Classification of ankle fractures: The Lauge-Hansen or AO System?, Clinical Orthopaedics and related research 1985 (october), (199): 12-16.