

SI ES UNA SIMPLE FRACTURA DE TOBILLO ¿POR QUÉ HA FALLADO LA OSTEOSÍNTESIS?

María Murcia Gómez¹, Antonio López Albaladejo¹, Francisco Vera Repullo², Lázaro Ibáñez Martínez², Gregorio Enrique Meseguer Meseguer²

¹Residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital General Universitario Santa Lucía.

²Facultativo Especialista Adjunto de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital General Universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de tobillo constituyen una patología frecuente en nuestra práctica clínica. La mayor incidencia se da en mujeres añosas, 2/3 del total de las fracturas de tobillo son bimalleolares. Éstas últimas suelen requerir tratamiento quirúrgico pues son inestables, lo que convierte a la cirugía de fractura de tobillo en un procedimiento habitual en nuestro medio. Las complicaciones descritas son múltiples, tales como infección, dehiscencia de sutura, limitación de la movilidad, alteraciones en la consolidación y fallo o pérdida de reducción.

Así mismo, se han identificado factores de riesgo tales como la diabetes mal controlada, el tabaquismo, la edad o la el daño de partes blandas, entre otros.

OBJETIVOS

A continuación, presentamos el caso de una paciente con fractura de tobillo tipo Maisseuve que precisó reintervención por fallo en la osteosíntesis inicial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente que acude a Urgencias con dolor en el tobillo tras un traumatismo. Con las radiografías iniciales (IMAGEN 1) es diagnosticada de fractura de Maisseuve, y se opta por un tratamiento quirúrgico.

- 1ª intervención: implantación de 2 tornillos transindesmales (IMAGEN 2) a través de una placa corta de 1/3 de tubo de 2 orificios. En la radiografía de control se observó una pérdida de reducción (IMAGEN 3), de manera que se reintervino con el objetivo de obtener nuevamente una fractura reducida y una articulación congruente.

- 2ª cirugía: cambio de osteosíntesis por una placa de peroné anatómica con 1 tornillo transindesmal. Nuevamente en el control postoperatorio se observa una mortaja no reducida (IMAGEN 4).

Ante esta situación se decidió realizar una TAC donde se observó un fragmento libre tibial anterolateral (IMAGEN 5). Con este nuevo hallazgo se llevó a cabo una nueva cirugía.

- 3ª cirugía: fijación del fragmento libre tibial anterolateral mediante un tornillo transindesmal a través de la placa de peroné (IMAGEN 6).

RESULTADOS

Tres meses tras la cirugía comenzó la deambulaci3n asistida y actualmente se encuentra en tratamiento rehabilitador.

CONCLUSIONES

Las fracturas de tobillo son una patología frecuente, sin embargo, este hecho no nos debe hacer caer en un exceso de confianza, pues existen fracturas que en las radiografías iniciales pueden parecer sencillas, pero tras el tratamiento evolucionan de forma t3rpida, como el caso que nos ocupa. De manera que, para obtener un resultado exitoso en las fracturas de tobillo es imprescindible un diagnóstico preciso, en algunos casos se podrá obtener con las radiografías, mientras que, en aquellos en los que existan dudas será necesaria la TAC. Por tanto, no tener un diagnóstico correcto es causa de fallo de osteosíntesis.



Imagen 1. Rx AP y lateral de tobillo iniciales.

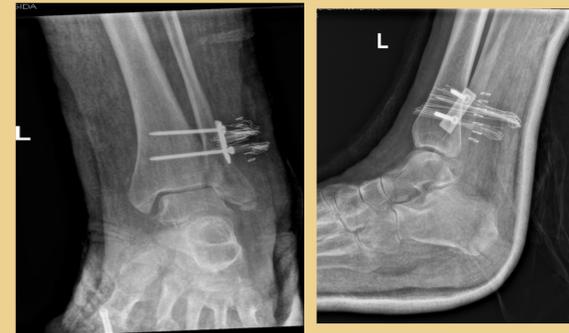


Imagen 2. Postoperatrio inmediato. Rx AP y lateral de tobillo. Mortaja tibioperonea reducida, congruencia articular.



Imagen 3. Rx AP de tobillo en la 1ª revisión en consulta. Pérdida de la reducción inicial.



Imagen 4. Rx AP de tobillo. Postoperatorio inmediato a la 2ª cirugía. Reducción deficiente.



Imagen 5. Corte coronal de TAC. Fragmento libre tibial previamente no conocido.



Imagen 6. Control postoperatorio inmediato tras la 3ª cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Pulido M.J, Delgado Martínez A.D, Caba Doussoux P. Anatomía y biomecánica del tobillo. Traumatismos del tobillo. Delgado Martínez A.D. Cirugía ortopédica y traumatología. 4ª edición. Madrid: Editorial médica panamericana; 2018. 746-759.

2. Smeeing DPJ, Briet JP, van Kessel CS, et al. Factors Associated With Wound- and Implant-Related Complications After Surgical Treatment of Ankle Fractures. J Foot Ankle Surg. 2018;57(5):942-947.

3. Ovaska MT, Makinen TJ, Madanat R, Kiljunen V, Lindahl J.A comprehensive analysis of patients with malreduced ankle fractures undergoing reoperation. Int Orthop 38:83-88, 2014.

