

✓ XV MED. tesis 6914 J 1997 ✓

---

**U.M.S.S**  
**Facultad de Medicina**



## **LESIONES TRAUMÁTICAS DEL PIE**

**Materia : TRAUMATOLOGÍA.**

**Tema : LESIONES TRAUMÁTICAS DEL PIE.**

**Docente: Dr. RICARDO ZABALA.**

**Alumnos: GUARAYO DAZA PATRICIA.  
GUTIERRES HERRERA MARY.  
HERBAS PEREZ DAYSI.  
HERRERA RIVERA OSCAR.**

---

**Fecha: C / 21 / octubre / 1997**

## LESIONES TRAUMÁTICAS DE PIE

### I.- LESIONES TRAUMÁTICAS DE TOBILLO:

A) FRACTURAS DEL TOBILLO.- El mecanismo de las fracturas de los maleolos puede ser por:

- 1.-Abducción-pronación.
- 2.-Aducción-supinación.
- 3.-Traumatismo vertical de arriba abajo.

1.-TRAUMATISMO POR ABDUCCIÓN-PRONACIÓN.-Se pueden distinguir entre las resultantes de una pronación pura de las resultantes de una abducción pura.

- Pronación pura.- El astrágalo rueda alrededor de su eje horizontal anteroposterior. El ligamento lateral interno arranca el maleolo homónimo. si el traumatismo continúa, el astrágalo acaba por fracturar el maleolo externo por choque directo de dentro hacia afuera (fractura por pronación de Boehler y de Hauser ; abducción-fractura dislocación de Watson Jones).
- Abducción pura.- El astrágalo gira hacia fuera alrededor de su eje vertical ( fractura por abducción de Boehler y Hauser, por rotación externa de Watson Jones, por divulsión de Maisonneuve).

Estando fijada la pierna, la punta del pie, es llevada violentamente hacia afuera. El astrágalo tiende a colocarse atravesado, provocando una fractura por distorsión del trazo espiroideo.

En realidad ambos mecanismos se combinan a menudo para realizar, bien una fractura aislada del maleolo externo o bien una Dupuytren baja, con fractura marginal posterior o sin ella.

2.-FRACTURAS POR ADUCCIÓN- SUPINACIÓN.-La punta del pie gira bruscamente hacia dentro, alrededor del eje vertical (aducción).La planta rueda sobre el eje horizontal, mirando hacia dentro ( supinación) Uno de estos movimientos predomina habitualmente.

3.-TRAUMATISMO VERTICAL DE ARRIBA ABAJO.- La imbricación de las trabéculas confiere al astrágalo una particular saliencia. En un choque vertical de arriba abajo (caída de un lugar elevado, explosión de minas terrestres) el astrágalo percute contra

el techo de la mortaja y la hunde. La posición del pié en el momento del traumatismo determina la variedad de la fractura.

**B) DIASTASIS TIBIOPERONEA INFERIOR.**-Se trata de una " luxación en una sinartrosis" esta definición implica una separación permanente de la tibia y del peroné a nivel de su unión inferior.

Su condición anatómica es la ruptura de los ligamentos tibioperoneos inferiores, o el arrancamiento de su inserción.

Clínicamente si es constante el dolor a la presión de las articulaciones tibioperonea inferior, los movimientos de lateralidad del astrágalo solo son perceptibles en una diástasis importante. Se puede observar el juego lateral del astrágalo en la mortaja ( bamboleo y choque astragalino).

El diagnóstico reside esencialmente en el análisis de las radiografías. La radiografía de perfil nos mostrará la extremidad inferior del peroné desplazada hacia atrás y que ha sufrido una fuerte ascensión. El acortamiento del maleolo externo es un signo de diastasis.

**C) FRACTURAS DE UN SOLO MALEOLO:**

**1.- FRACTURAS DEL MALEOLO INTERNO.**-puede localizarse a diferentes niveles, se trata de fracturas benignas, ya que el traumatismo se ha agotado antes de alcanzar el maleolo externo.

**SÍNTOMAS.**- La impotencia funcional es incompleta. Exactamente el dolor se localiza a nivel de la línea de fractura, aparece una equimosis. La radiografía demuestra que solo el maleolo interno está afectado, la fractura cura en un mes por simple inmovilización. De todas maneras, si el espacio fracturario es considerable, se puede temer una pseudoartrosis. Se trata mediante una osteosíntesis.

**2.- FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO.**-Lesión frecuente, que puede ser resultado de una caída, de un paso en falso, o accidentes en esquí. La línea de fractura oblicua o transversal puede dividir la tablilla peronea a diferentes niveles: porción astragalina, porción tibioperonea, porción supramaleolar.

Las fracturas por aducción-supinación o por pronación pura presentan un trazo horizontal. Las fracturas por abducción muestran una línea de fractura espiroidea, dirigida hacia arriba, atrás y afuera, se producen por un movimiento de torsión. Pueden ser aisladas o acompañarse de una ruptura del ligamento lateral interno y del ligamento tibioperoneo inferior, ruptura de graves consecuencias.

**SINTOMAS.**-La impotencia unas veces es absoluta y otras incompleta; la hinchazón limitada al principio al maleolo, se difunde rápidamente alrededor del tobillo. El dolor precisa el lugar de la fractura.

Es de capital importancia reconocer las lesiones ligamentosas.

La radiografía confirmará la benignidad o la gravedad de la fractura.

**TRATAMIENTO.**-Las fracturas aisladas son benignas, se reducen y se coloca una botina enyesada por 4 semanas, la deambulación es al cabo de algunos días.

en las fracturas maleolares externas con ruptura ligamentosa, es suficiente dominar el talón e imprimirle una rotación de fuera hacia dentro, sobre su eje vertical.

En la mayoría de los casos la contención está perfectamente asegurada mediante vendaje enyesado por 2 meses como mínimo.

Una reducción insuficiente precisa una osteosíntesis.

**D) FRACTURAS BIMALEOLARES POR ABDUCCIÓN.**- Se pueden dividir en 4 grupos clásicos:

**1.-FRACTURA BIMALEOLAR BAJA.**-Ambos maleolos están seccionados transversalmente a nivel del techo de la mortaja. No hay diástasis (excepto si existe rotura asociada de los ligamentos tibioperoneos, cosa excepcional) El astrágalo gira en valgus y la mortaja está ensanchada. Cuando falta el desplazamiento los signos clínicos se reducen a un dolor exquisito, hinchazón y equímosis. La radiografía individualiza líneas de fractura y desplazamientos.

**2.- FRACTURA DE DUPUYTREN BAJA.**- Es la más frecuente. La línea de fractura en el peroné siempre es oblicua, parte del borde posterior a un nivel variable y acaba siempre por debajo de la unión tibioperonea. La fractura del maleolo interno generalmente es transversal. A veces se observa su equivalente: la ruptura del ligamento lateral interno.

la diástasis es frecuente y presupone, en efecto que todos los ligamentos peroneotibiales inferiores están rotos. La interlínea en este caso solo puede bostezar hacia atrás. Para que el pie se subluje hacia atrás, es necesario que exista una diástasis o que se sobreañada una fractura marginal posterior.

**3.-FRACTURA DE DUPUYTREN ALTA** .-Es el tipo anatómico más clásico.

El peroné está fracturado por encima de la unión tibioperonea ( 7 a 12 cm por encima de la punta) La línea de fractura es transversal en las fracturas por flexión y espiroidea en las fracturas por torsión.

La diástasis es prácticamente constante. Estando descomprimida la pinza maleolar, el astrágalo se subluxa y gira en valgus. La sintomatología es clásica:

- El eje de la pierna que normalmente se prolonga hacia el segundo dedo, cae por dentro del borde interno del pie.
- La planta gira y mira hacia fuera.
- El maleolo interno fracturado forma bajo la piel una aguda prominencia.
- Los dos fragmentos del peroné forman bajo la piel una aguda prominencia.
- Los dos fragmentos del peroné forman un ángulo abierto hacia fuera, lo que se traduce por el típico "hundimiento externo en hachazo".
- Incluso en ausencia de una marginal posterior, existe un cierto grado de subluxación del pie hacia atrás. de perfil se observa la prominencia del talón, la anormal concavidad del tendón de aquiles y el acortamiento del pie.

la impotencia funcional es absoluta, rápidamente, la hinchazón se extiende acompañada de equimosis y a veces de flictenas.

4.-FRACTURA DE MAISONNEUVE.-Relativamente rara, no es mas que una de Dupuytren, con la línea de fractura pernea se sitúa en el tercio superior del hueso.

El desplazamiento y la deformación son semejantes. Solo falta la deformación externa en hachazo.

El ciático poplíteo externo puede estar primitivamente lesionado o comprimido secundariamente por el callo.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS BIMALEOLARES POR ABDUCCIÓN-PRONACIÓN.- Hay que reducir con urgencia e inmovilizarlas con vendaje enyesado. Esta será controlada mediante Rx de frente y de perfil.

TRATAMIENTO ORTOPEDICO.-Con anestesia local, la reducción por triple movimiento:

- Se rechaza el talón hacia delante para reducir la subluxación posterior.
- Se ejerce presión externa sobre el calcáneo para corregir el valgus.
- Se coloca el pie en aducción para acabar la reducción.

**CONTROL RADIOGRAFICO.**-Se realiza una radiografía de frente y perfil. No debe existir ninguna diastasis, ni valgus del astrágalo. El maleolo externo no debe estar acortado.

**VIGILANCIA DE LA FRACTURA.**- Se debe realizar control radiográfico durante 12 semanas que dura la inmovilización. La marcha se permite al cabo de 1 mes, cuando la fractura es sencilla a las 5 o 6 semanas.

Los dedos deben mobilizarse desde los primeros días.

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.**- Si la reducción es imperfecta y persiste una diastasis, se practicará cirugía colocando tornillos o un "bulonaje" tibioperoneo por incisión directa sin abrir el foco. Mientras se coloca el bulón con el pie en flexión dorsal. De otra forma el astrágalo no podría colocarse. A veces se fija el maleolo externo con hilo de Danis.

El tratamiento quirúrgico está indicado en casos muy precisos: Imposibilidad de reducción o de contención perfecta.

**E) FRACTURAS BIMALEOLARES POR ADUCCIÓN.**- El maleolo interno está separado por una línea de fractura verticosagital, que sube mas o menos arriba sobre la diafisis.

El maleolo externo se fractura por flexión sobre la tibia, la línea de fractura es horizontal y asienta a nivel del techo de la mortaja. El pie báscula en varus, pero la articulación peroneotibial inferior está casi siempre intacta. No hay diastasis.

El pe está desplazado hacia dentro del eje de la pierna. El tobillo aparece edematoso y equimótico. A la palpación dolor exquisito. Los Rx( frente y perfil) individualiza líneas de fractura y desplazamiento.

**TRATAMIENTO DE FRACTURAS BIMALEOLARES POR ADUCCIÓN.**- Haciendo prensa en el talón se desplaza hacia abajo y hacia delante, y al mismo tiempo se rechaza directamente hacia fuera ( sin girarlo en valgus) .

**F) FRACTURAS DEL PILON TIBIAL:**

**1.-FRACTURAS MARGINALES POSTERIORES.**- mientras que el margen anterior esta borrado, el margen posterior hace una prominencia . La fractura de este maleolo posterior reviste pues, una particular gravedad.

Es frecuente pudiéndose producir por traumatismo de violencia poco importante.