

Caso clínico

Luxación expuesta de tobillo

Víctor Toledo-Infanson*

Ingresa al servicio de urgencias paciente de sexo femenino de 18 años, traída por ambulancia, con el antecedente de caída de caballo una hora antes. Consciente, orientada, con los siguientes signos vitales: TA 110/63, FC 98 X'FR 25 X' T 36.0 °C. Dolor intenso a expensas del tobillo derecho, el cual presenta exposición de la articulación a través de una herida con circunferencia de 12 cm aproximadamente, de bordes irregulares, por donde protruye el plafón tibial (*Figura 1*). La Rx de ingreso sólo se obtuvo en una proyección y en ésta se aprecia una pérdida completa de la relación de la articulación tibioperoneoastragalina (*Figura 2*). Se procede a estabilizar a la paciente bajo el protocolo de ABCD propuesto por el ATLS, en urgencias se irriga profusamente la herida con solución fisiológica estéril, se cubre con apósitos y se pasa a quirófano para realizar un aseo quirúrgico y exploración de la lesión. Se reduce la luxación y se reparan los ligamentos visibles con suturas



Figura 1. Fotografía clínica de la paciente a su ingreso a urgencias.



Figura 2. Radiografía de ingreso.

* Presidente de la Federación Mexicana de Colegios de Ortopedia y Traumatología, AC. (FEMECOT) Periodo 2014-2016. Editor de la *Revista Orthotips AMOT*. Coordinador del Servicio Ortopedia del Hospital General Agua Prieta, Agua Prieta, Sonora, México, Servicios de Salud de Sonora.

Dirección para correspondencia:

Dr. Víctor Toledo Infanson

Clínica América, Calle 12 y 13, Av. 22 S/N Int. 3, Col. Centro, 84200, Agua Prieta, Sonora, México.

Correo electrónico: dr.victor.toledo@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/orthotips>

no absorbibles. Posteriormente se cierra la herida en un plano con suturas anti-tensionales no absorbibles (*Figura 3*).

A seis meses del accidente la paciente evoluciona satisfactoriamente, no hubo manifestaciones de infección clínica ni en los exámenes de laboratorio. Se inició la rehabilitación a la tercera semana y se mantuvo con una bota ortopédica por 16 semanas. Actualmente cursa con seis meses de postoperatorio, utiliza un inmovilizador de gel en el tobillo y zapato de corte alto. Ha recuperado completamente los movimientos y la fuerza del tobillo y clínicamente está estable.



Figura 3. Imagen clínica del postoperatorio inmediato.

1. ¿Cuál es el manejo habitual inicial de las luxaciones expuestas?
2. ¿Qué tipo de lesión corresponde a la clasificación de Gustilo y Anderson?
3. ¿Qué esquema de antibióticos es recomendable para este tipo de lesiones?
4. ¿Fue adecuado hacer un cierre inicial o debió hacerse un cierre diferido?
5. ¿Cuáles son las posibles complicaciones a largo plazo de este tipo de lesión?