

ENCLAVADO ENDOMEDULAR RETRÓGRADO DE PERONÉ EN FRACTURAS DE TOBILLO INESTABLES EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA: SERIE DE CASOS CLÍNICOS.

del Potro Jareño, A; Abin Saracho, M; Alonso Martín, P;
Couceiro Laredo, A; López Dorado, D.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Infanta Elena (Madrid).

INTRODUCCIÓN

El **enclavado endomedular** se considera uno de los tratamientos quirúrgicos de elección para las **fracturas inestables de tobillo** en **paciente con altas comorbilidades**, lo que supone un condicionante a la hora de elegir el tratamiento definitivo, dado **alto riesgo de complicaciones asociadas al tratamiento quirúrgico**.

OBJETIVO

Presentamos una serie de **7 casos de fracturas** de tobillo inestable en **mujeres** con una edad media de $84,4 \pm 3,3$ años (rango de 79 a 90 años) con múltiples comorbilidades.

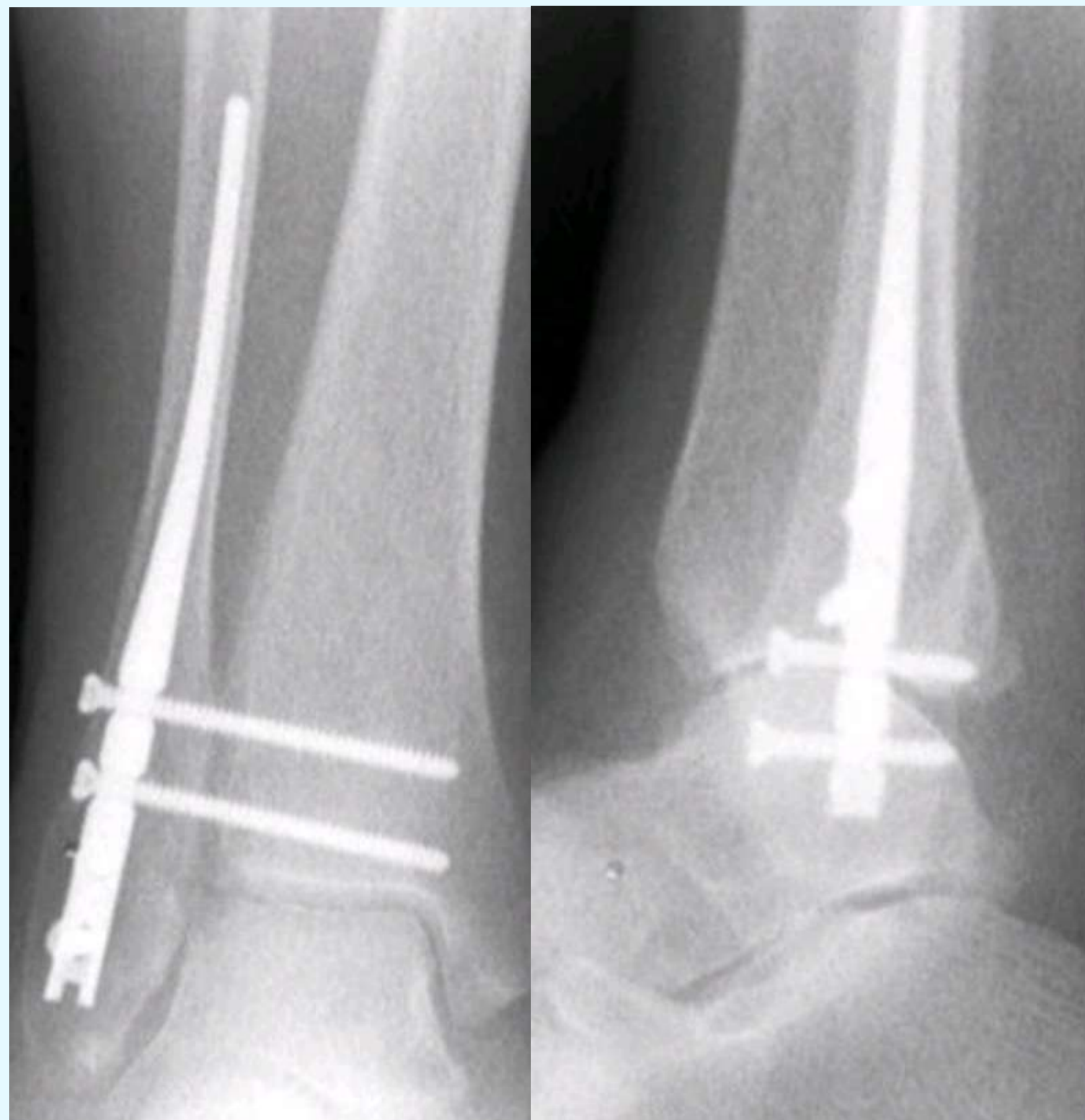
Se decide tratamiento quirúrgico mediante reducción cerrada y fijación interna con **enclavado endomedular retrógrado de peroné** con estabilización de la sindesmosis.

El tiempo de seguimiento postoperatorio fue de **15 meses**.



Figura 1. Fractura transindesmal de tobillo Weber tipo B en paciente pluripatológica de 85 años.

Figura 2. Enclavado endomedular retrógrado de peroné.



MATERIALES Y MÉTODOS

Diagnóstico con pruebas radiográficas (Rx y TC) de fractura de tobillo inestable: **5 casos** fractura **transindesmal Weber B** **2 casos** fractura **suprasindesmal Weber C** con **inestabilidad sindesmosis**.

Intervención quirúrgica: **enclavado endomedular retrógrado** de peroné y **estabilización de la sindesmosis** con sistema de varilla para peroné de Acumed®

RESULTADOS

Tras cirugía, se indica la **deambulación: Carga parcial** con bota ortopédica tipo Walker a las 24 horas postoperatorias **Carga completa** a partir de la 6ª semana.

6 casos de reducción óptima
1 caso de pérdida de reducción parcial
6/7 deambulando + recuperación de la situación basal al año de la cirugía.

CONCLUSIONES

Enclavado endomedular retrógrado con estabilización de la sindesmosis.

Elección si **elevada comorbilidad**.

Procedimiento **mínimamente invasivo**.

Movilización precoz.

Carga parcial postquirúrgica evitando la pérdida funcional producida por inmovilización prolongada.

Baja tasa de **complicaciones postquirúrgicas**.