Controversias en fracturas de tobillo: ¿Es diferente la visión del especialista en pie y tobillo?

G. González-Lucena, D. Pérez-Prieto, A. López-Alcover, A. Ginés-Cespedosa

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Parc de Salut Mar, Barcelona

Correspondencia:

Dra. Gemma González-Lucena

Tel 933674208

ggonzalez@parcdesalutmar.cat

Hospital de l'Esperança. c/ Sant Josep de la Muntanya, 12
08024 Barcelona

RESUMEN

Objetivo

Analizar las diferencias en el manejo de las fracturas de tobillo entre cirujanos ortopédicos/traumatólogos y especialistas en patología de pie y tobillo.

Material y método

Se realizó una encuesta vía correo electrónico que planteaba cuestiones controvertidas a propósito del análisis de 5 casos clínicos de diferentes fracturas de tobillo a cirujanos ortopédicos del país.

Resultados

72 cirujanos respondieron la encuesta (tasa respuesta del 24,2%): 37 especialistas en pie y tobillo y 35 cirujanos ortopédicos no especialistas. En el caso de la fractura trimaleolar, el 40,5% de los especialistas solicitarían una tomografía computarizada (TC) frente al 14% de los no especialistas ($p=0,01$). El 94% de todos los que respondieron sintetizaría el maléolo posterior; el 91% de los no especialistas con tornillos vía antero-posterior, mientras el 43% de los especialistas utilizarían la vía postero-anterior, bien con placa o con tornillos ($p=0,006$). No se hallaron diferencias entre grupos en el tratamiento de las lesiones sindesmales ($p>0,05$). En las fracturas transindesmales (Weber B) con signos de inestabilidad medial, el 54% de los no especialistas revisarían el ligamento lateral interno frente sólo al 32% de los especialistas ($p=0,06$).

Conclusiones

Los especialistas en pie y tobillo solicitan más pruebas complementarias para el diagnóstico de las fracturas de tobillo. A su vez, utilizan una mayor diversidad de técnicas quirúrgicas en la síntesis de los maléolos posterior (vía posterior-placas) y medial (cerclajes). Por último, indican una menor tasa de revisión del ligamento lateral interno.

Palabras clave

Fracturas tobillo, encuestas, diagnóstico, tratamiento.

Ankle fractures, surveys and questionnaires, diagnosis, treatment.

Introducción

Las fracturas de tobillo son lesiones muy prevalentes, considerándose las fracturas intraarticulares más frecuentes en una articulación de carga y llegando a representar el 9% de todas las fracturas del esqueleto¹. Presentan, a su vez, una amplia variabilidad en cuanto al tipo de lesión y a su tratamiento². A pesar de la superespecialización a la que tiende la cirugía ortopédica, la frecuencia de este tipo de fractura en la práctica diaria hace que en su manejo participen diversos tipos de profesionales, desde cirujanos ortopédicos generales, hasta especialistas en pie y tobillo, o especialistas en traumatología. Este hecho, junto a la diversidad de factores que influyen en la toma de decisiones para cada tipo de lesión, condiciona que en la actualidad exista discusión sobre algunos aspectos tanto del diagnóstico como de las opciones quirúrgicas y los protocolos postoperatorios a seguir.

La bibliografía existente no permite establecer guías de actuación clínica basadas en la evidencia científica al respecto de fracturas tales como las que afectan al maléolo posterior tibial o a la sindesmosis tibio-peronea³⁻⁴. Tampoco están establecidos aspectos de manejo postoperatorio como el tiempo ideal de descarga para este tipo de lesiones⁵.

El objetivo del presente estudio es analizar las diferencias en el manejo de las fracturas de tobillo entre cirujanos ortopédicos/traumatólogos y especialistas en patología de pie y tobillo

Material y método

Para el presente estudio se desarrolló una encuesta a través de la plataforma online (www.surveymonkey.com). La primera parte del cuestionario consistía en 2 preguntas demográficas básicas: 1) si el encuestado pertenecía o no a una unidad especializada en patología de pie y tobillo; y 2) cuantos años de experiencia tenía el profesional encuestado.

En una segunda parte se preguntaba por la clasificación o clasificaciones de fracturas de tobillo que el encuestado utilizaba en su práctica diaria.

La tercera parte de la encuesta constaba de 24 ítems: 18 preguntas sobre cinco casos de fractura de tobillo seleccionados para representar diferentes patrones de lesión susceptibles de plantear cuestiones controvertidas en cuanto a su manejo; y 6 cuestiones generales sobre el manejo de las lesiones de la sindesmosis tibio-peronea.

Los casos incluían las radiografías simples de la fractura y se presentaban en el contexto de un paciente joven, activo y sin antecedentes patológicos de interés.

El caso 1 consistía en una fractura trimaleolar con un fragmento maleolar posterior afectando aproximadamente al 40% de la superficie articular. El caso 2 presentaba una fractura suprasindesmal tipo Dupuytren y el caso 3 una fractura suprasindesmal espiroidea de peroné con lesión asociada de la sindesmosis tibio-peronea, la membrana interósea y el ligamento deltoideo o “tipo Maissonneuve”. El caso 4 tenía una fractura transindesmal de peroné no desplazada. Por último, el caso 5 mostraba una fractura transindesmal de peroné desplazada con aumento del espacio tibio-astragalino medial.

Se envió un correo electrónico con el enlace a la encuesta a 300 cirujanos ortopédicos de 7 centros hospitalarios del país y a todos los miembros del grupo de Cirugía de Pie y Tobillo de Barcelona. Entre enero y junio del 2015, 75 médicos respondieron la encuesta, lo que supone una tasa de respuesta del 25% (75/300); pero del total, 3 profesionales remitieron una respuesta incompleta por lo que la tasa de respuesta efectiva finalmente fue de 24,2% (72/297).

El análisis estadístico se realizó mediante el test chi-cuadrado para datos apareados y el test exacto de Fisher para variables dicotómicas del paquete SPSS con un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados

Se obtuvo la respuesta de 37 especialistas en pie y tobillo (51,4%) y 35 cirujanos ortopédicos no especialistas (48,6%). La experiencia laboral de la muestra fue de 13 años de media (rango 1-20 años).

La clasificación de fractura de tobillo más utilizada por los encuestados fue la de Weber. El 71% de los profesionales encuestados refieren utilizarla; seguida por la clasificación de la AO (53%) y la de Lauge-Hansen (49%). Asimismo, el 73% de los especialistas y el 71% de los no especialistas utilizaban más de una clasificación de las propuestas en la encuesta. No se evidenciaron diferencias significativas en las clasificaciones utilizadas entre los especialistas y no especialistas en pie y tobillo.

Los resultados de las diferentes preguntas se muestran en las Tablas 1 y 2, separados específicamente por especialistas y no especialistas en patología de pie y tobillo.

En el caso de la fractura trimaleolar (caso 1), el 40,5% de los especialistas solicitarían una TC frente al 14% de los no especialistas, siendo esta diferencia significativa ($p=0,01$). El 94% de los encuestados sintetizaría el maléolo posterior, sin diferencias entre grupos, excepto que los especialistas utilizaban una mayor variedad de técnicas para dicha síntesis. Así, el 91% de los no especialistas optaba por utilizar tornillos vía antero-posterior, mientras el 43% de los especialistas utilizarían la vía postero-anterior, bien con placa o con tornillos ($p=0,006$).

En cuanto al caso 2, la fractura suprasindesmal de peroné tipo Dupuytren, el 93% de los cirujanos colocarían tornillos suprasindesmales, sin hallarse diferencias entre los 2 grupos. En cambio, sí existen diferencias respecto al tipo de síntesis utilizada en el maléolo tibial medial. Mientras los no especialistas utilizan mayoritariamente 2 tornillos de esponjosa (94%), los especialistas lo hacen en un 73%, usando otras opciones como un solo tornillo o un cerclaje en el resto de las ocasiones ($p=0,03$). En este tipo de fractura, sólo el 11% de los especialistas solicitarían una TC.

En la fractura “tipo Maissoneuve” (caso 3), no hallamos diferencias entre grupos en las cuestiones planteadas. El 43% de los encuestados realizaría osteosíntesis con placa en el peroné ($p=0,97$), el 71% revisaría el ligamento lateral interno ($p=0,91$) y el 99% colocaría tornillos suprasindesmales ($p=0,48$). La retirada de dichos tornillos la realiza un 87% de los encuestados, la mayoría a las 6 semanas, sin diferencias entre grupos ($p=0,4$).

En el caso 4, la fractura transindesmal de peroné no desplazada, el 24% de los especialistas solicitarían pruebas complementarias frente al 17% de los no especialistas ($p=0,45$). De entre las opciones planteadas (TC, RMN y radiografía de estrés), el 80% se decantaban por una radiografía de estrés. En cuanto al

tratamiento adecuado para este tipo de fractura, el 60% de los especialistas consideran un tratamiento quirúrgico frente al 40,5% de los no especialistas, sin hallarse significación estadística ($p=0,16$).

En el último caso clínico, una fractura transindesmal de peroné con desplazamiento y aumento del espacio tibio-astragalino medial (caso 5), el 13,5% de los especialistas solicitarían pruebas complementarias frente al 11,4% de los no especialistas. De nuevo, de entre las opciones planteadas, la mayoría prefería una radiografía de estrés. Al ser interrogados sobre si revisarían de inicio el ligamento lateral interno, el 54% de los no especialistas lo revisarían de entrada frente sólo al 32% de los especialistas ($p=0,06$). Dicha revisión la llevarían a cabo mayoritariamente sólo si existiera un aumento del espacio medial tras la síntesis del peroné (74% frente a 66%). Sólo el 14 y el 11% respectivamente lo revisarían en todos los casos.

En cuanto al análisis de las preguntas sobre aspectos generales del manejo de las lesiones sindesmales, la mayoría de cirujanos utilizan tornillos para la síntesis de la sindesmosis. Sólo el 5,5% de los especialistas utilizan sistemas flexibles, frente al 3% de los no especialistas ($p=1$). En cuanto al número de corticales sintetizadas con los tornillos, el 78% de los encuestados sintetiza 3 corticales, sin diferencias entre grupos ($p=0,42$). Tampoco se mostraron diferencias entre especialistas y no especialistas en la retirada de los tornillos: la realizan el 86% y el 94% respectivamente ($p=0,43$). Los tornillos suprasindesmales son retirados por la mayoría de cirujanos a las 6 semanas (53% de los especialistas por el 69% de los no especialistas.) El resto los retiran pasadas 12 semanas (31 por 47%, respectivamente) ($p=0,53$). Por último, sólo el 13,5% de los especialistas permite

una carga precoz, mientras que el 23% de los no especialistas sí permite un apoyo antes de las 6 semanas ($p=0,66$).

Discusión

La presente encuesta muestra las preferencias diagnóstico-terapéuticas en el manejo de las fracturas de tobillo en nuestro medio, sugiriendo a su vez que los especialistas en cirugía de pie y tobillo solicitan mayor número de pruebas diagnósticas y barajan un mayor abanico de técnicas quirúrgicas respecto al resto de los cirujanos ortopédicos.

En la bibliografía, las encuestas similares en las que participan especialistas y no especialistas en pie y tobillo sólo abordan un tipo concreto de lesión o aspecto del tratamiento, como son las lesiones sindesmales o el período de descarga. Además, la mayoría de ellos no analizan las diferencias entre tipos de especialista⁵⁻⁶.

El tratamiento de las fracturas de maléolo posterior es por sí sólo el objetivo de una encuesta realizada por Gardner et al entre miembros de la OTA (Orthopaedic Trauma Association) y de la AOFAS (American Orthopaedic Foot and Ankle Society)⁷. Se trata de un cuestionario online basado en 5 casos clínicos con una tasa de respuesta del 20%, similar a la de nuestro trabajo. En cambio, la muestra de 401 encuestados presenta mayor heterogeneidad: el 50% de los participantes son especialistas en pie y tobillo, el 24% en traumatología, el 2% en ambas subespecialidades y el 24% en ninguna de las dos. A diferencia del presente estudio, muestra una mayor preferencia de los especialistas en traumatología por la reducción abierta por vía postero-lateral y fijación mediante placa posterior que los miembros de la AOFAS en las fracturas que afectan al maléolo posterior.

1 Swart realiza una encuesta entre 702 miembros de la OTA (34%) y de la AOFAS
2 (67%) a través de una plataforma online sobre el período de descarga a realizar tras
3 la síntesis de 3 tipos de fracturas de tobillo en diferentes tipos de pacientes. Con una
4 tasa de respuesta del 31%, presenta una amplia variabilidad de resultados,
5 influenciados principalmente por el tipo de lesión y la comorbilidad del paciente, pero
6 no analiza los resultados por tipo de especialista⁵.

7
8
9
10
11
12
13
14
15 En los Países Bajos, Schepers recoge mediante una encuesta vía postal remitida a
16 86 hospitales, la respuesta de 207 especialistas en traumatología y 281 cirujanos
17 ortopédicos respecto al tratamiento de las lesiones de la sindesmosis, con una tasa
18 de respuesta del 74%. Sus resultados son comparables con los establecidos por la
19 bibliografía previa, excepto la mayor tasa de retirada de material. La única diferencia
20 entre ambos grupos es la mayor utilización de tornillos de 4.5mm para la
21 estabilización de la sindesmosis por parte de los cirujanos ortopédicos en
22 comparación con los especialistas en traumatología⁸. En el presente trabajo no
23 hallamos diferencias entre los profesionales de ambas subespecialidades en cuanto
24 a los aspectos técnicos de la estabilización de la sindesmosis (número de corticales,
25 retirada de tornillos o tiempo de descarga).

26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43 En cuanto a la revisión del ligamento deltoideo en aquellas fracturas tipo Weber B
44 con aumento del espacio tibio-astragalino medial, los trabajos que revisan la
45 evidencia científica al respecto apuntan que no es imprescindible la reparación
46 directa del mismo tras la correcta síntesis del peroné⁹⁻¹¹. No hemos encontrado
47 referencias en la bibliografía que determinen la actitud terapéutica en estos
48 controvertidos casos teniendo en cuenta la especialidad del cirujano. En el presente
49 estudio son precisamente los cirujanos de pie y tobillo los que en menor grado

indicarían la revisión del ligamento deltoideo. Esto podría estar en relación con la mayor actualización de estos subespecialistas en las fracturas de tobillo.

En cuanto a las pruebas complementarias preoperatorias, recientemente Gibson ha observado que más de un 25% de los cirujanos cambia su estrategia terapéutica después de analizar las imágenes de TC, por lo que recomienda su utilización en la planificación de todas las fracturas trimaleolares¹². Esto iría en concordancia con el hecho de que casi la mitad de los cirujanos de pie y tobillo en el presente estudio solicitarían TC en dicho tipo de lesiones.

La respuesta a encuestas suele suponer una actividad de baja prioridad para los profesionales sanitarios con importante carga asistencial¹³. En concreto, los cirujanos suelen caracterizarse por sus bajas tasas de respuesta que oscilan alrededor del 20-30%^{6,14}. Pese a que una tasa baja de respuesta supone una menor validez externa (idealmente >70%)¹⁵, este tipo de estudio permite establecer actitudes y tendencias en cuanto al manejo de diferentes aspectos en la práctica clínica.

Aunque generalmente se acepta la revisión sistemática de estudios prospectivos aleatorizados como la fuente de mayor evidencia para las guías terapéuticas, la escasez de dicho tipo de estudios en cirugía conlleva que en la práctica clínica diaria nuestras decisiones no estén basadas en un alto nivel de evidencia¹⁶. Pese a ello, Eddy estableció que las estrategias terapéuticas consensuadas en más del 95% pueden describirse como estándares cuando no existe gran nivel de evidencia¹⁷. De las diversas cuestiones planteadas en el presente estudio, sólo la indicación de tornillos suprasindesmales en las fracturas “tipo Maissonneuve” y la utilización de tornillos como método para la fijación de la sindesmosis tibio-peronea alcanzan

dicho consenso (en ambos subgrupos de cirujanos) y pueden considerarse así práctica clínica estándar en el manejo de las fracturas de tobillo entre la población encuestada.

Si los participantes de una encuesta pertenecen a una región concreta, esto puede condicionar un sesgo y hacer los resultados no extrapolables. En cambio, una encuesta a nivel nacional, como la presente, comporta una mayor validez a la hora de hacer extensivos los resultados pero lleva asociada una menor tasa de respuesta^{8,12,18}. Así, la baja tasa de respuesta obtenida (24.2%) supondría la limitación principal de nuestro trabajo.

Conclusiones

Los resultados de esta encuesta, que abarca diferentes tipos de fractura de tobillo, demuestran que los especialistas en pie y tobillo solicitan más pruebas complementarias en el diagnóstico. A su vez, utilizan una mayor diversidad de técnicas quirúrgicas en la síntesis de los maléolos posterior y medial. Por último, indican una menor tasa de revisión del ligamento lateral interno tras una correcta síntesis del peroné en las fracturas tipo Weber B.

Bibliografía

1. Phillips WA, Schwartz HS, Keller CS, et al. A prospective randomized study of the management of severe ankle fractures. *J Bone Joint Surg Am* 1985;67:67–78
2. Mandi DM. Ankle fractures. *Clin Podiatr Med Surg* 2012; 29: 155-86.
3. Van den Bekerom MP, Haverkamp D, Kloen P. Biomechanical and clinical evaluation of posterior malleolar fractures. A systematic review of the literature. *J Trauma* 2009; 66: 279-84.
4. Wuest TK. Injuries to the distal lower extremity syndesmosis. *J AM Acad Orthop Surg* 1997; 5: 172-81.
5. Swart E, Bezhani H, Greisberg J, Turner Vosseller J. How long should patients be kept non-weight bearing after ankle fracture fixation? A survey of OTA and AOFAS members. *Injury* 2015; 46: 1127-30
6. Bava E, Charlton T, Thordarson D. Ankle fracture syndesmosis fixation and management: the current practice of orthopedic surgeons. *Am J Orthop* 2010; 39 (5): 242-6.
7. Gardner MJ, Streubel PN, McCormick JJ, Klein SE, Johnson JE, Ricci WM. Surgeon practices regarding operative treatment of posterior malleolus fractures. *Foot Ankle International* 2011; 32: 385-93.
8. Schepers T, van Zuuren WJ, van den Bekerom MPJ, Vogels LMM, van Lieshout EMM. The management of acute distal tibio-fibular syndesmotic injuries: Results of a nationwide survey. *Injury* 2012; 43: 1718-23.
9. Lindsjö U. Operative treatment of ankle fractures. *Acta Orthop Scand* 1981; 189 (52): 1-131.

10. Baird RA, Jackson ST. Fractures of the distal part of the fibula with associated disruption of the deltoid ligament. Treatment without repair of the deltoid ligament. JBJS
11. Stufkens SA, van den Bekerom MP, Doornberg JN, van Dijk CN, Kloen P. Evidence-based treatment of Maisonneuve fractures. J Foot Ankle Surg 2011; 50(1): 62-7. Am J Orthop 1987; 69 (9): 1346-52.
12. Gibson PD et al. The role of computed tomography scans in surgical planning for trimalleolar fracture. A survey of OTA members. J Orthop Trauma 2017; 31(4): 116-20.
13. Bhandari M, Guyatt GH, Swiontkoski MF et al. Surgeons' preferences for the operative treatment of fractures of the tibial shaft. J Bone Joint Surg 2001; 83-A 1746-52.
14. Monga P, Kumar A, Simons A, Panikker V. Management of distal tibio-fibular syndesmotic injuries: A snapshot of current practice. Acta Orthop Belg 2008; 74: 365-9.
15. Burns KE, Duffet M, Kho ME et al. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. CMAJ 2008; 179:245-52.
16. Ansari U, Adie S, Harris IA, Naylor JM. Practice variation in common fracture presentations: A survey of orthopaedic surgeons. Injury 2011; 42: 403-7.
17. Eddy DM. Clinical decision making: from theory to practice. Designing a practice policy. Standards, guidelines, and options. JAMA 1990; 263: 3077-84.
18. Wood GCA, Feldman YA. Indications and use of the ankle syndesmosis screw: a multi-regional survey. Foot and Ankle Surgery 2004; 10:65-9.

Pies de figuras

Fig 1. Caso 1: fractura trimaleolar

Fig 2. Caso 2: fractura suprasindesmal tipo Dupuytren

Fig 3. Caso 3: fractura suprasindesmal tipo Maisonneuve

Fig 4. Caso 4: fractura transindesmal no desplazada

Fig 5. Caso 5: fractura transindesmal desplazada con aumento del espacio tibio-astragalino medial

Tabla 1 - Cuestiones sobre casos clínicos (1-5)

		Especialistas Pie y Tobillo (n=37)	NO Especialistas Pie y Tobillo (n=35)	p
CASO 1	Solicitaría TC			
	SI	15 (40,5)	5 (14,3)	
	NO	22 (59,5)	30 (85,7)	0,013
	Síntesis maléolo posterior			
	NO	2 (5,4)	2 (5,7)	>0,05
	SI	35 (94,6)	33 (94,3)	>0,05
	Tipo síntesis			
	Tornillos antero-post	20 (57,1)	30 (90,9)	
	Placa posterior	6 (17,1)	1 (3)	
	Tornillos post-anterior	9 (25,7)	2 (6,1)	0,006
CASO 2	Solicitaría TC			
	SI	4 (10,8)	0 (0)	>0,05
	NO	33 (89,2)	35 (100)	>0,05
	Tornillos suprasindesmales			
	SI	35 (94,6)	32 (91,4)	>0,05
	NO	2 (5,4)	3 (8,6)	>0,05
	Síntesis maléolo medial			
	1 tornillo	9 (24,3)	2 (5,7)	
	2 tornillos	27 (73)	33 (94,3)	
	Cerclaje	1 (2,7)	0 (0)	0,034
CASO 3	Placa peroné			
	SI	16 (43,2)	15 (42,9)	>0,05
	NO	21 (56,8)	20 (57,1)	>0,05
	Tornillos suprasindesmales			
	SI	37 (100)	34 (97,1)	>0,05
	NO	0(0)	1 (2,9)	>0,05
	Retirada tornillos			
	NO	5 (13,5)	4 (11,8)	>0,05
	SI	32 (86,5)	30 (88,2)	>0,05
	Tiempo retirada			
	6 semanas	15 (46,9)	18 (60)	>0,05
	12 semanas	11 (34,4)	10 (33,3)	>0,05
	>12 semanas	6 (18,8)	2 (6,7)	>0,05
	Revisión LLI			
	SI	26 (70,3)	25 (71,4)	>0,05
	NO	11 (29,7)	10 (28,6)	>0,05
CASO 4	Pruebas complementarias			
	NO	28 (75,7)	29 (82,9)	>0,05
	SI	9 (24,3)	6 (17,1)	>0,05
	Tipo			
	RMN	1 (2,7)	0 (0)	>0,05
	Rx estrés	6 (16,2)	6 (17,1)	>0,05
	TC	2 (5,4)	0 (0)	>0,05
	Tratamiento			
	Conservador	15 (40,5)	20 (57,1)	>0,05
	Quirúrgico	22 (59,5)	15 (42,9)	>0,05
CASO 5	Pruebas complementarias			
	NO	32 (86,5)	31 (88,6)	>0,05
	SI	5 (13,5)	4 (11,4)	>0,05
	Tipo			
	RMN	1 (2,7)	0 (0)	>0,05
	Rx estrés	2 (5,4)	4 (11,4)	>0,05
	Rx+TC	1 (2,7)	0 (0)	>0,05
	Revisión LLI			
	NO	25 (67,6)	16 (45,7)	
	SI	12 (32,4)	19 (54,3)	0,06
	¿Cuándo?			
	Siempre	4 (33,3)	5 (26,3)	>0,05
	Aumento gap medial tras síntesis peroné	8 (66,6)	14 (40)	>0,05

Los datos se muestran como número de respuestas, con el valor de porcentaje entre paréntesis. Se realizó un análisis mediante un test de chi-cuadrado. TC: tomografía axial computarizada, LLI: ligamento lateral interno, RMN: resonancia magnética nuclear, Rx: radiografía.

Tabla 2 – Manejo de las lesiones de la sindesmosis tibio-peronea

		Especialistas Pie y Tobillo (n=37)	NO Especialistas Pie y Tobillo (n=35)	p
Sistema síntesis sindesmosis	Sistemas flexibles	2 (5,4)	1 (2,9)	>0,05
	Tornillos suprasindesmales	35 (94,6)	34 (97,1)	>0,05
Número corticales tornillos	3	26 (74,3)	28 (82,4)	>0,05
	4	9 (25,7)	6 (17,6)	>0,05
Retirada tornillos	SI	30 (85,7)	32 (94,1)	>0,05
	NO	5 (14,3)	2 (5,9)	>0,05
Tiempo retirada	6 semanas	16 (53,3)	22 (68,8)	>0,05
	12 semanas	10 (33,3)	7 (21,9)	>0,05
	>12 semanas	4 (13,3)	3 (9,4)	>0,05
Permite carga precoz	NO	32 (86,5)	27 (77,1)	>0,05
	SI	5 (13,5)	8 (22,9)	>0,05
	Tiempo			
	<2 semanas	1 (2,7)	1 (2,9)	>0,05
	2-6 semanas	4 (10,8)	7 (20)	>0,05

Los datos se muestran como número de respuestas, con el valor de porcentaje entre paréntesis. Se realizó un análisis mediante un test de chi-cuadrado.

Figure (Figure)1
[Click here to download high resolution image](#)

Figura (Figure)2
[Click here to download high resolution image](#)

Figura (Figure)3
[Click here to download high resolution image](#)

Figura (Figure)4
[Click here to download high resolution image](#)

Figure (Figure)5
[Click here to download high resolution image](#)