

FRACTURA-LUXACIÓN ABIERTA Y COMPLETA DE ASTRÁGALO. CASO CLÍNICO

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.
HOSPITAL MIGUEL SERVET. ZARAGOZA

L. HERRERO BARCOS
J. DOMINGO CEBOLLADA
A. HERRERA RODRÍGUEZ

RESUMEN

Presentamos el caso clínico de un varón de 21 años de edad, que tras sufrir accidente de motocicleta presenta fractura-luxación abierta grado III de astrágalo (tipo III de Hawkins). Tras realizar inmovilización se realizó intervención quirúrgica con reducción y osteosíntesis el mismo día de su ingreso y vendaje enyesado de la extremidad. En la actualidad, tras un seguimiento de 15 meses, el paciente presenta una deambulación sin cojera ni dolor y un arco de movilidad de la articulación tibio-astragalina satisfactorio. En los sucesivos controles radiográficos que se han realizado no se evidencian signos de necrosis aunque sí una artrosis incipiente de la subastragalina.

Las fracturas-luxaciones abiertas de astrágalo deben ser consideradas como una verdadera urgencia en traumatología. La especial anatomía del astrágalo (más de 60% recubierto de cartílago, sin inserciones musculares) y su irrigación, conllevan frecuentemente tras sufrir fracturas complejas, un pobre resultado funcional. Las secuelas más frecuentes son la infección y la artrosis postraumática de la articulación subastragalina.

Palabras clave: Luxación abierta de astrágalo, tratamiento quirúrgico.

SUMMARY

We present the clinical case of a 21 year-old male that presents after motorcycle accident open fracture-dislocation of talus grade III (type III of Hawkins). Immediate immobilization, reduction and internal fixation of talus was done, followed by cast immobilization. At the present time, after a follow-up of 15 months, the patient walks without limp neither pain and shows a good arch of mobility of the tibiotalar joint. In the x-ray controls that have been carried out necrosis signs are not evidenced although an incipient osteoarthritis of the subtalar joint has developed.

Open fracture-dislocations of talus should be considered as a true urgency in orthopedics. The special anatomy of the talus (more than 60% recovered of cartilage, without muscular inserts) and their irrigation frequently bears after suffering complex fractures, a poor functional result. The most frequent postoperative complications are the infection and the post-traumatic osteoarthritis of the subtalar joint.

Key Words: Open dislocation of talus, surgical treatment.

Correspondencia:

Dr. L. HERRERO BARCOS - Tel.: 976 324 635 - E-mail: luisairbag@navegalia.com
Urb. Parque Roma, D-2, 2.º A - 50010 ZARAGOZA

INTRODUCCIÓN

El astrágalo es uno de los huesos más importantes del pie pues funciona como distribuidor de las fuerzas que recibe de la tibia. Desde él se proyectan en dirección posterior hacia la parte de atrás de la articulación subastragalina y a la gran tuberosidad del calcáneo, y en dirección anterior hacia el escafoides, las cuñas y los tres primeros metatarsianos.

Las fracturas de astrágalo son las segundas en frecuencia de los huesos del tarso. La etiología más frecuente son los accidentes de tráfico (1). La especial anatomía del astrágalo (más de 60% recubierto de cartílago, sin inserciones musculares y su irrigación) conlleva frecuentemente tras sufrir fracturas complejas, un pobre resultado funcional (2, 4, 5).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un varón de 21 años de edad, que tras sufrir accidente de motocicleta presenta fractura-luxación abierta grado III de astrágalo y tipo III según la clasificación de Hawkins (1). Los controles radiológicos realizados en urgencias se muestran en las Figuras 1 y 2, y el aspecto clínico preoperatorio del pie en la Figura 3. A su ingreso, el paciente no presentaba déficits sensitivos ni motores distales. El relleno capilar distal era normal. Tras realizar inmovilización de urgencias se realizó intervención quirúrgica el mismo día de su ingreso, consistente en reducción de la luxación y osteosíntesis de la fractura mediante dos tornillos de esponjosa y vendaje enyesado de la extremidad. No precisó el cierre diferido de la piel. Se pautó HBPM y antibióticos de amplio espectro de manera profiláctica. La evolución clínica cursó sin incidentes de interés, salvo la aparición de un pequeño foco de necrosis cutánea en el dorso del pie que precisó tan sólo curas tópicas. A los 4 meses de la intervención quirúrgica se permitió el apoyo parcial y a los 6 meses apoyo total. En la actualidad, tras un seguimiento de 15 meses, el paciente presenta una deambulación sin cojera ni dolor y un arco de movilidad de la articulación tibioastragalina satisfactorio, con un discreto déficit de 15° para la dorsiflexión. En los sucesivos controles radiográficos que se han realizado no se evidencian signos de necrosis aunque sí una artrosis incipiente de la subastragalina. En la Figura 4 se muestra el control radiológico al año de evolución y en la Figura 5 el aspecto clínico actual del pie del paciente.



Fig. 1. Control radiológico anteroposterior preoperatorio.



Fig. 2. Control radiológico lateral preoperatorio.



Fig. 3. Aspecto clínico de la lesión al ingreso del paciente.



Fig. 4. Control radiológico postoperatorio.



Fig. 5. Resultado clínico actual.

DISCUSIÓN

Las fracturas-luxaciones abiertas de astrágalo son muy infrecuentes y deben ser consideradas como una verdadera urgencia en traumatología (3,

5). Cada fractura del astrágalo debe ser tratada individualmente, ya que no hay un método único que satisfaga todos los tipos de fracturas (3). Las secuelas más frecuentes de estas lesiones son la infección y la artrosis postraumática de la articulación subastragalina (3, 4, 5).

En el caso referido la infección no se produjo y pensamos como otros autores (2, 5) que la inmediata reducción-fijación de la fractura-luxación además de una correcta cobertura antibiótica contribuyen a disminuir su tasa de aparición. La artrosis postraumática de la articulación subastragalina sí ha aparecido siendo por el momento de intensidad moderada.

BIBLIOGRAFÍA

(1) HAWKINS, LG.: "Fractures of the neck of the talus". *J Bone Joint Surg*, 52A: 991-1002, 1970.

(2) HIRAZUMI, Y.; HARA, T.; TAKAHASHI, M.; MAYEHIYO, S.: "Open total dislocation with extrusion (missing talus): report of 2 cases". *Foot Ankle*, 13: 473-477, 1992.

(3) KHAZIM, R.; SALO, PT.: "Talar neck fracture with talar head dislocation and intact ankle and subtalar joints: a case report". *Foot Ankle*, 16: 44-48, 1995.

(4) MARSH, JL.; SALTZMAN, CL.; IVERSON, M.; SHAPIRO, DS.: "Major open injuries of the talus". *J Orthop Trauma*, 9: 371-376, 1995.

(5) PERELES, TR.; KOVAL, KJ.; FELDMAN, DS.: "Fracture-dislocation of the neck of the talus in a ten-year-old child: a case report and review of the literature". *Bull Hosp Jt Dis*, 55: 88-91, 1996.