



## FRACTURA LUXACIÓN DE ASTRÁGALO

**Alba Traviesa Amado <sup>1</sup>, Nicolás Elizalde Pérez-Salazar <sup>1</sup>, Diego Penas Cob <sup>1</sup>, Javier Elola Gutiérrez <sup>1</sup>, Susana Iglesias Fernández <sup>1</sup>.**

<sup>1</sup> Servicio de COT, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España.

### OBJETIVOS

Paciente de 14 años atendida en Urgencias, tras derivación desde otro centro hospitalario, por traumatismo en pie derecho con un kart.

A la exploración física, se observa pie con deformidad en cara posteromedial de tobillo y dedos en garra con impotencia funcional y sin alteraciones neurovasculares distales.

### MATERIAL Y METODOLOGÍA

A su llegada, se realizan radiografías anteroposterior y oblicua de pie derecho objetivándose fractura de cuerpo de astrágalo Hawkins III.

De Urgencia, se procede a reducción abierta y fijación interna de fractura de cuerpo de astrágalo Hawkins III con dos tornillos tipo ASNIS. Se inmoviliza con férula postoperatoria suropédica en equino y se mantiene en descarga la extremidad inferior derecha.

Al mes de la intervención, se retira férula de yeso y se permite inicio de ejercicios de movilidad de tobillo. Se permite la deambulación con carga parcial a los dos meses.

### RESULTADOS

La paciente realiza rehabilitación con deambulación con carga completa de pie derecho sin precisar dispositivos de ayuda. Al año de evolución, movilidad de tobillo prácticamente simétrica respecto a contralateral.

En radiografías de control realizadas se mantiene adecuada osteointesis, con consolidación de fractura y sin signos de necrosis de astrágalo.



Figura 1: Radiografías anteroposterior y lateral de tobillo.



Figura 2: Escopia intraoperatoria.



Figura 3: Radiografías anterior, lateral y oblicua de tobillo y pie en el postoperatorio inmediato.



Figura 4: Radiografías de control al año de evolución.

### CONCLUSIONES

Las fracturas de astrágalo Hawkins III son fracturas verticales del cuello del astrágalo que suelen asociar desplazamiento del cuerpo del astrágalo y atrapamiento en la parte posterior de la mortaja tibioastragalina. Ante el elevado riesgo de lesión de estructuras neurovasculares y osteonecrosis, debe realizarse una reducción abierta de manera inminente como en el caso actual.