

FIJACIÓN DE FRACTURA CONMINUTA DE ASTRÁGALO CON DOBLE PLACA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Celia Marín Pérez, Juan Moreno Blanco, Óscar Serrano Alonso, Araceli Mena Monson, María Jesús Rayo Navarro



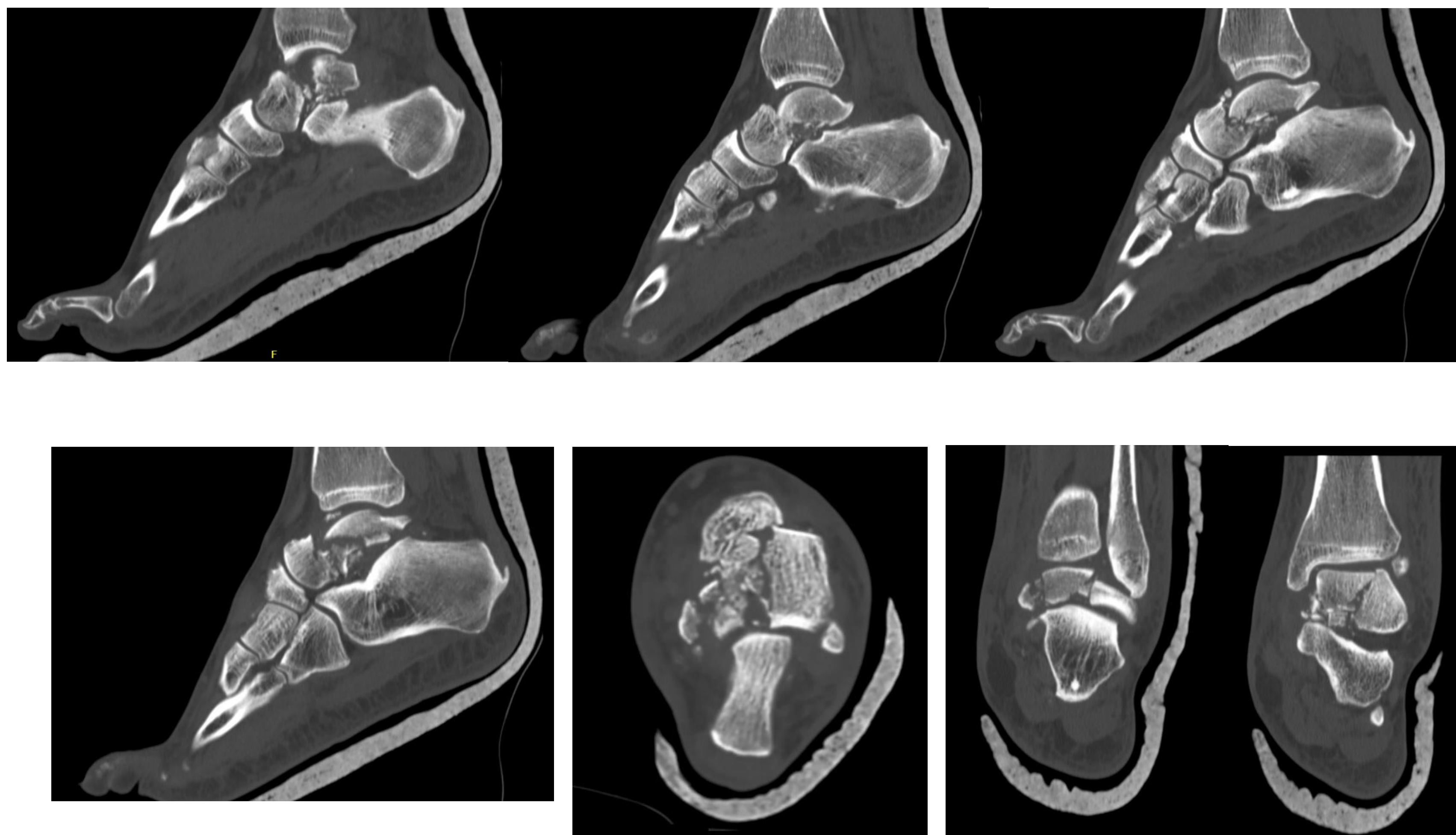
OBJETIVOS

Presentamos un caso de fractura conminuta de astrágalo en paciente politraumatizado. Valoramos el tipo de fractura inicial, describimos nuestra técnica quirúrgica y el resultado funcional del paciente.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 51 años trasladado a nuestro centro desde otra comunidad autónoma por politraumatismo tras accidente de tráfico. Además de fractura conminuta de astrágalo izquierdo presenta fractura diafisaria de cúbito y subcapital de quinto metacarpiano derechos y fractura intraarticular de radio distal izquierdo. A su llegada, inmovilizado mediante férula suropédica.

Se realiza radiografía inicial donde se observa una fractura conminuta de astrágalo. Se solicita una tomografía axial computarizada: fractura de cuerpo y cuello del astrágalo con severa conminución y desplazamiento, con luxación posterolateral del fragmento en la articulación subtalar.



Se interviene mediante doble abordaje medial y anterolateral con osteotomía de maléolo medial para una exposición completa de la fractura del astrágalo. Se reducen los fragmentos del cuerpo y se fijan mediante dos tornillos canulados. Posteriormente, se fijan de forma provisional los fragmentos del cuello del astrágalo mediante agujas de Kirschner y se realiza la fijación del cuello con doble placa lateral y medial VLP Mini Mod. Todo el procedimiento se realiza guiado bajo escopia comprobando la correcta reducción de la articulación subastragalina posterior, astragaloescafoidea y tibiotalar. Por último, se realiza síntesis de la osteotomía del maléolo medial mediante dos tornillos canulados.

RESULTADOS

Tras un periodo de inmovilización de un mes se retira la férula suropédica y se cambia por una ortesis tipo Walker, iniciando en este momento rehabilitación pero continuando en descarga hasta completar dos meses tras la intervención quirúrgica.

A los siete meses EVA=0. Flexión dorsal del tobillo 0° y flexión plantar limitada 20°, inversión y evasión de retropié 20°. Antepié libre. Marcha con patrón normal.



CONCLUSIONES

Las fracturas conminutas del astrágalo son poco frecuentes. La dificultad para la reducción de los fragmentos conlleva una alta tasa de osteonecrosis y/o artrosis de las articulaciones circundantes, siendo necesaria una cirugía de artrodesis de rescate tras la osteosíntesis inicial.

BIBLIOGRAFÍA

Hak DJ, Lin S. Management of talar neck fractures. Orthopedics. 2011;34:715---21.

Shakked RJ, Teiwani NC. Surgical treatment of talus fractures. Orthop Clin North Am. 2013;44:521---8

Blair HC. Comminuted fractures and fracture dislocations of the body of the astragalus. Operative treatment. Am J Surg 1943;59:37-43