

INFILTRACIÓN ILIOFASCIAL EN EL CONTROL DEL DOLOR DE LA FRACTURA DE CADERA

Arribas Pinillos, C.; Esparcia Arnedo, E; Ruiz Villanueva, LA; Hernández Ruiz, A; González Fernández, JJ.

OBJETIVOS

Presentar el caso de una fractura luxación de talo-calcánea abierta y su tratamiento.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 71 años acude tras caída a un metro de altura. Ingresa en urgencias pasadas más de 2h del traumatismo. En la primera exploración se aprecia herida en cara lateral del pie de 7cm con exposición de la cabeza y cuello del astrágalo, sin aparente lesión NV. En las radiografías se aprecia luxación subastragalina acompañada de fractura de peroné.

Imágenes 1, 2, 3: Luxación abierta en SUH y radiografía inicial



Se decide reducción en quirófano bajo anestesia general sin ser satisfactoria, sospechando interposición de partes blandas. Durante la reducción, se aprecia inestabilidad de de las articulaciones de Chopart y Lisfranc. Se realiza reducción abierta, desbridamiento y fijación con AK + Fijador externo. En TAC de control se observa correcta congruencia articular y diversas lesiones asociadas (fractura de pilón tibial, peroné y vertical medial del astrágalo, con desplazamiento de 3 mm y avulsión ósea de inserción tibial del ligamento tibioastragalino) Tras pruebas complementarios y estado de las partes blandas, se decide mantener tratamiento con fijador externo.

Imágenes 5,6,7: Radiografías y TAC post/Q

RESULTADOS

A las 3 semanas, tras valoraciones con radiografía se retira el material de fijación. Tras 3 semanas se inicia apoyo parcial y carga completa pasadas 3 semanas. A los 6 meses no se aprecian alteraciones en la radiografía y la paciente presenta mínimas molestias tras largas caminatas.



Imágenes 8,9: Radiografías a las 3 semanas tras retirar FE

Imágenes 10,11: Radiografías a los 6 meses

CONCLUSIONES

Las luxaciones subtalares son lesiones raras que afectan al 1-2% de las luxaciones de grandes articulaciones y 15%de las lesiones del astrágalo. Se dan principalmente en varones en la 3ª-4ª década de la vida, asociados a traumas de alta energía. Son lesiones frecuentemente abiertas asociadas a fracturas maleolares o del antepie, siendo más frecuentes las abiertas y mediales.

En este caso se recomienda antibioterapia intravenosa, antitetánica si procede y reducción urgente, en los casos irreducibles se debe realizar abierta para evitar estructuras interpuestas (fragmentos óseos, tibial posterior, flexor del hallux...)

Se recomienda estabilización con fijador externo para correcto control de las partes blandas. Es importante la realización posterior de un TAC/RMN para valoración de lesiones asociadas.

El tiempo de inmovilización debe de ser el menor posible y dependiente de las lesiones asociadas.