

Revisión del tratamiento de fracturas de astrágalo.

Frascella Bracho NC, Sanz Pérez MI, García Cantarero M, Rapicano Rico A.

Objetivos

Las fracturas de astrágalo suponen el 0,1%-2,5% de todas las fracturas. Producen importantes secuelas debido su vascularización precaria y a que la mayor parte de su superficie está cubierta de cartílago articular.

Material y metodología

Se revisó la literatura actualizada del tratamiento de fracturas de astrágalo. Se presentan algunos de los casos más recientes de nuestro servicio.

Resultados

Las fracturas de cuello no desplazadas pueden ser tratadas de manera conservadora o con tornillos percutáneos.

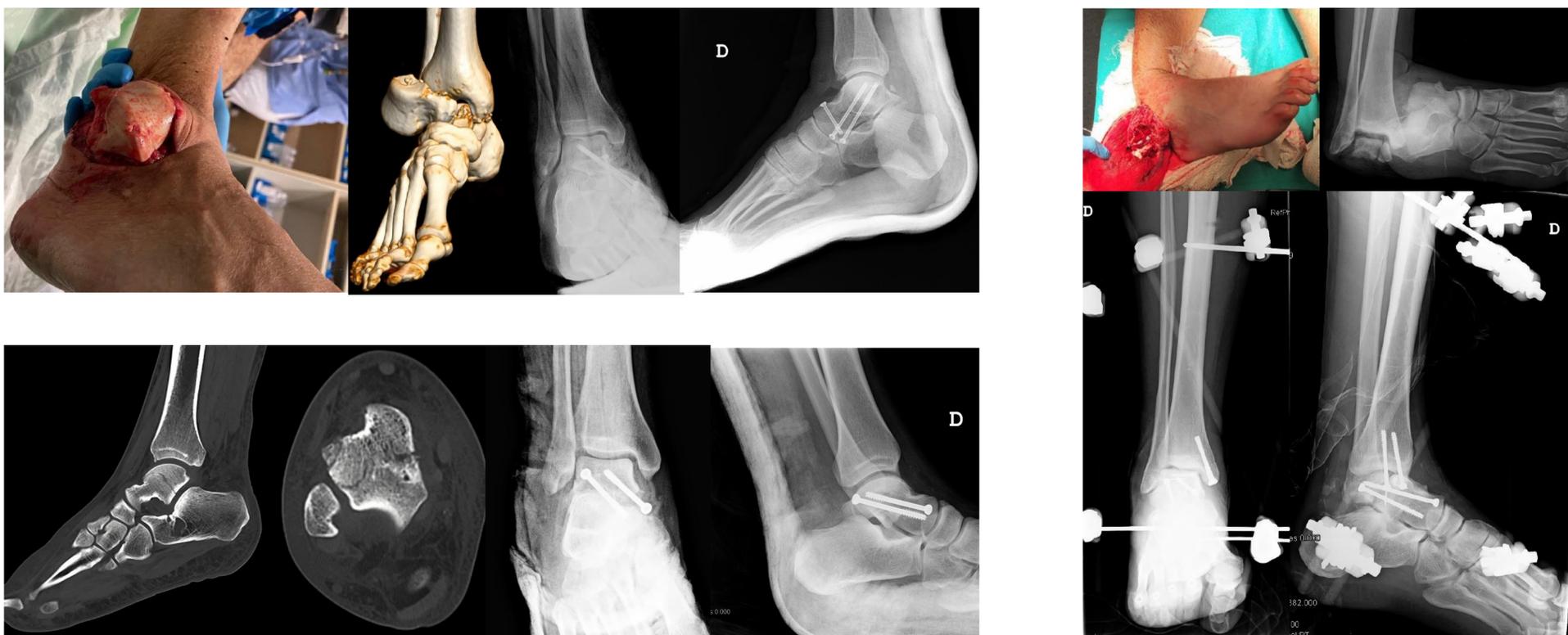
En fracturas desplazadas o luxaciones, se requiere una reducción urgente ya sea cerrada bajo sedación en el quirófano, percutánea o abierta.

En fracturas abiertas se debe realizar la fijación urgente con fijador externo y desbridamientos seriados. En cambio, en fracturas cerradas es fundamental el estado de las partes blandas para la prevención de complicaciones postquirúrgicas (dehiscencia de la herida, necrosis de la piel o infección), por lo que se prefiere la reducción urgente de la fractura seguida de fijación definitiva diferida cuando lo permita el estado de las partes blandas.

El fijador externo puede ser considerado tratamiento definitivo en aquellos pacientes con factores de riesgo que predispongan una mala evolución (arteriopatía periférica, insuficiencia venosa crónica avanzada, inmunodeficiencia, infecciones superficiales o pacientes poco colaboradores)

Las opciones de fijación interna incluyen placas, tornillos o una combinación de ambos. Los tornillos suelen ser canulados percutáneos mientras que las placas se pueden colocar tanto en posición lateral como medial. El abordaje dual anteromedial y anterolateral es el que permite una máxima exposición de la fractura y facilita la correcta reducción.

Es importante resaltar el papel novedoso de la artroscopia, que permite la visualización directa de fracturas articulares pequeñas que pueden resultar difíciles de valorar en abordajes abiertos, además de la verificación intraarticular de la reducción.



Conclusiones

La principal complicación es la artrosis subastragalina, relacionada principalmente con la calidad de la reducción, seguida de la necrosis avascular, cuyo principal factor de riesgo es el desplazamiento inicial de la fractura y la lesión de las partes blandas.

No se ha visto relación entre el momento de la fijación definitiva con el riesgo de necrosis avascular.

La consolidación viciosa más habitual es la desviación en varo.