

Osteotomía medial para abordar fracturas del cuello del astrágalo con luxación periastragalina. A Propósito de Un Caso.

Jorge Garcia Valcarcel, Iker Benegas Lagé , Diego Bastian Soza Leiva
Hospital Universitario Vall d’Hebrón, Barcelona, España

Introducción y objetivos

Las fracturas del cuello del astrágalo son poco frecuentes y suelen ser causadas por traumatismos de alta energía, afectando a tejidos blandos y provocando conminución ósea. El desplazamiento del cuerpo astragali amenaza su vascularización, con un elevado riesgo de necrosis avascular (NAV), requiriendo a menudo una osteosíntesis urgente. La baja frecuencia de estas lesiones y la falta de evidencia clara dificultan el establecimiento de un consenso sobre el manejo óptimo. Aunque esto, el abordaje quirúrgico más común para la reducción y fijación de estas fracturas es la combinación de incisiones anteromedial y anterolateral, reservando la osteotomía del maléolo medial para fracturas que afectan al cuerpo del astrágalo.

Material y métodos

Presentamos el caso de un chico de 16 años que acudió al servicio de urgencias después de un accidente de motocross. En la exploración física, además de la inflamación, destacaba una deformidad tipo Checkrain del primer dedo del pie derecho. Las radiografías mostraron una fractura del cuello del astrágalo con luxación periastragaliniana (Hawkins 3) y una tomografía computarizada (TC) descartó más lesiones asociadas. Debido al estado adecuado de las partes blandas y al riesgo de NAV, se decidió realizar una cirugía definitiva.

La cirugía comienza con un intento de reducción cerrada sin éxito. Posteriormente, se realizó un abordaje anteromedial para acceder al foco de fractura y un abordaje posteromedial con el objetivo de colocar una aguja de Kirschner (AK), manipular el cuerpo del astrágalo y liberar el flexón largo del hallux. Además, se colocó pin transfixiante de calcáneo para realizar tracción homogénea. Sin embargo, no se logró reducir la fractura, por lo que se decidió realizar una osteotomía medial aprovechando los abordajes previos para mejorar la exposición de ésta. Por último, se logró la correcta reducción y síntesis de la fractura mediante una estabilización provisional con AK, seguida de la inserción de 2 tornillos canulados HCS de 6.5 mm para la fijación definitiva con un control escópico óptimo.



Fig 1: Deformidad de checkrain



Fig 2 : Fx-lux periastragalina howkins 3

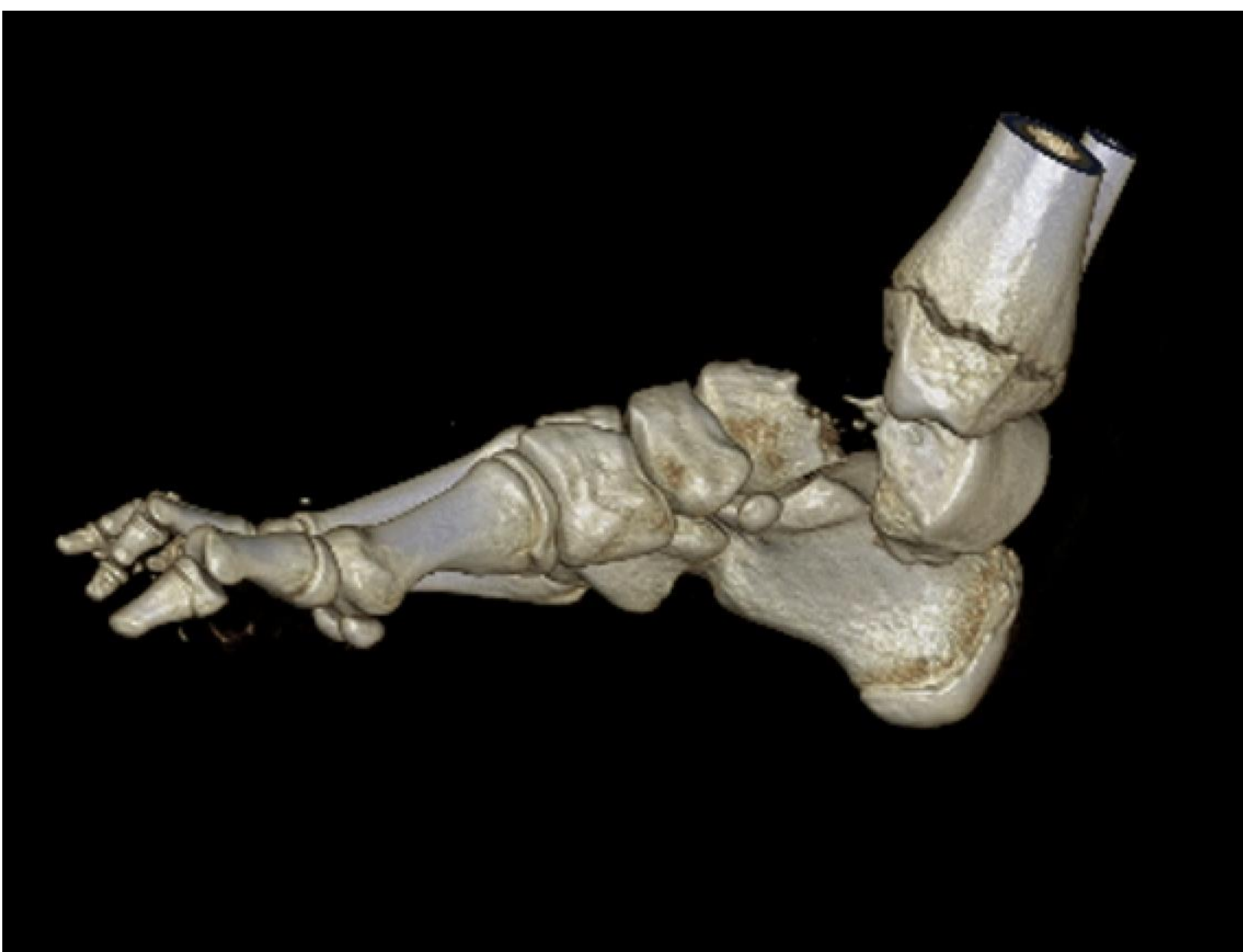


Fig 3: Abordajes anteromedial, posteromedial y pin de calcaneo

Resultados

Tras 5 meses de la intervención, los controles radiológicos no mostraron signos de colapso del foco ni evidencia de osteonecrosis, las partes tobes no sufrieron en ningún momento y el paciente progresa adecuadamente en el plan de rehabilitación sin ninguna clínica a destacar.



Fig 4 : Rx post op



Fig 5 : Partes blandas 2 semanas post op

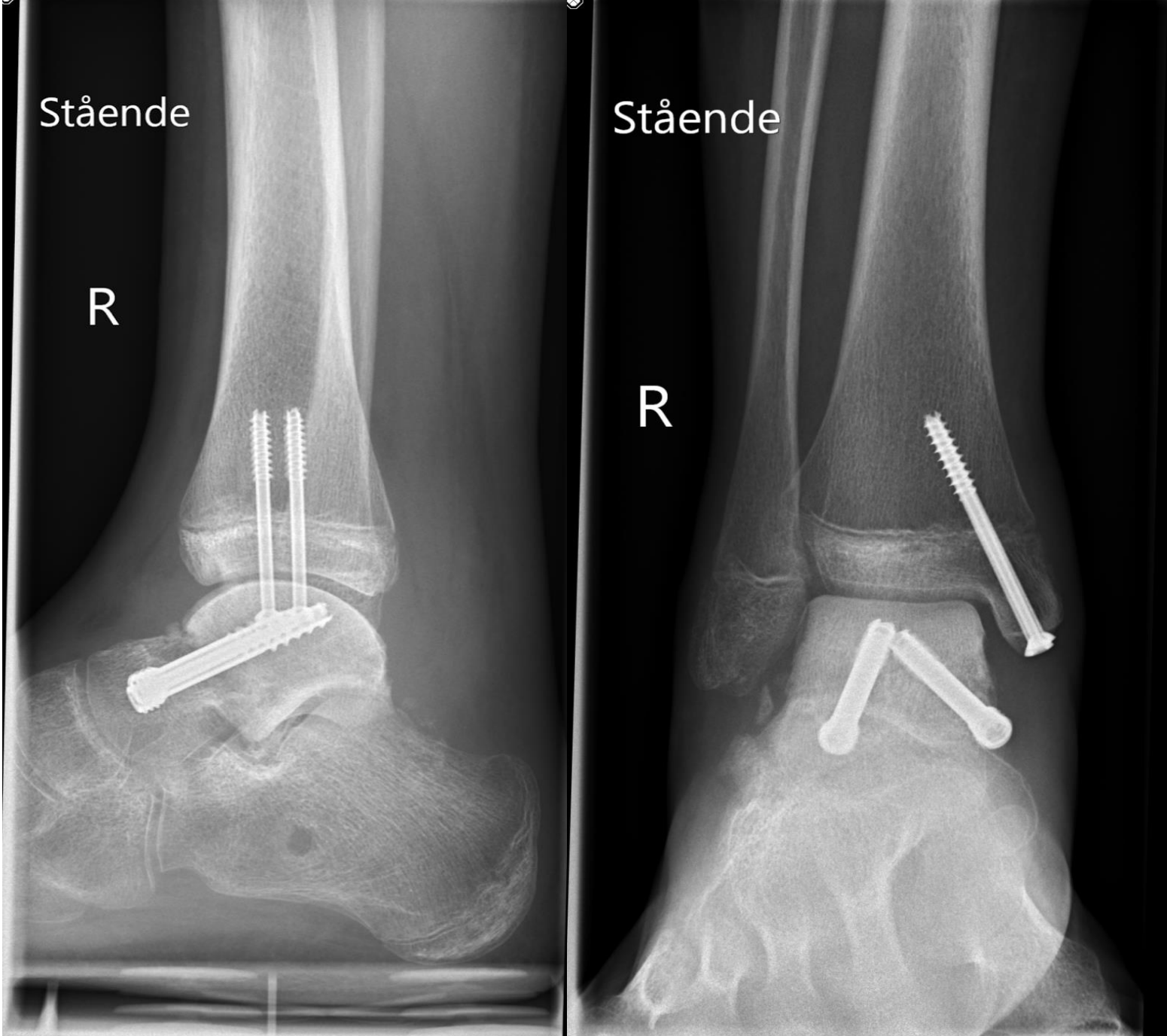


Fig 6: Rx 5 messos post op

Conclusión

Aunque no es la primera opción de abordaje, es importante tener presente la osteotomía del maléolo medial como un recurso eficaz para acortar el tiempo quirúrgico, conseguir una mejor reducción del foco y disminuir las complicaciones derivadas de la manipulación sin una exposición adecuada en las fracturas de cuello de astrágalo con luxación periastragalina.