

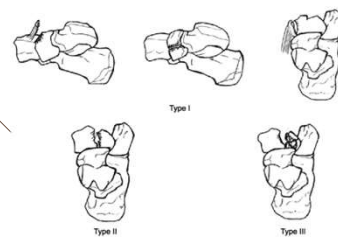
Fractura aislada de escafoides tarsiano infantil por accidente con patinete eléctrico

J. Berrocal Agüera¹, A. Pérez Lorenzo¹, I. Chaves Dorta¹, J. López De Vergara Martín¹, B. Cachés Saúl¹

¹Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Ntra. Señora de Candelaria. S/C de Tenerife, Islas Canarias.

Introducción

Las fracturas del navicular tarsiano son poco frecuentes, representan aproximadamente el 0,45 % de las fracturas sistémicas, el 5,1 % de todas las fracturas del pie y el 35 % de todas las fracturas del mediopié. El hueso navicular soporta la mayor parte de la carga axial durante el movimiento del retropié y, por lo tanto, es un componente importante no solo de la articulación de Chopart, sino también de una estructura clave en la columna medial del mediopié. El hueso navicular suele ser susceptible a fuerzas de corte que resultan en fracturas debido al suministro de sangre insuficiente en el tercio medio del cuerpo navicular y la conducción violenta de los tejidos blandos adheridos, como el ligamento talofibular, parte del ligamento deltoideo y el tendón tibial posterior. El suministro de sangre inadecuado también aumenta el riesgo de pseudoartrosis, curación tardía y osteonecrosis isquémica. Sangeorzan⁶ clasificó las fracturas naviculares en cuatro tipos principales según la dirección de la línea de fractura, la dirección del desplazamiento del pie y la afectación de las articulaciones circundantes. Lesiones de alta energía, carga axial de alta energía, como un accidente automovilístico o, con menor frecuencia, de una evasión forzada que causa una falla de tensión transmitida a través del tendón tibial posterior o el soporte capsuloligamentoso de la articulación talonavicular^{1,2}. Los pacientes que presentan una lesión de este tipo se quejan de dolor a lo largo del mediopié, generalmente ubicado medial o dorsalmente a lo largo del arco longitudinal. Por lo general, no pueden soportar peso³. Debido a que el mecanismo de lesión por accidentes de tráfico y caídas, son cada vez más frecuentes. Schmid clasificó las en los tipos 1 a 3 según el grado de afectación de la articulación astrágalo-calcánea, refiriéndose a fracturas de ambas partes del cuerpo navicular, fracturas conminutas y dislocación de la articulación periprotésica/fracturas de la cabeza del astrágalo, respectivamente. Los exámenes de TC pueden demostrar mejor el tipo de fractura, la extensión de la destrucción de la superficie articular y las lesiones combinadas restantes, al tiempo que excluyen la pars distalis y las variantes anatómicas. Se asocian con una morbilidad significativa y pueden pasarse por alto fácilmente tanto en el examen clínico como en las radiografías simples⁴. Pueden tener un efecto debilitante en los pacientes si no se diagnostican y tratan adecuadamente⁵. El tratamiento de las fracturas naviculares incluye la fijación interna con reducción abierta (ORIF) y la fijación interna con reducción cerrada¹.



⁶https://www.researchgate.net/figure/Sangeorzan-classification-of-navicular-fracture-Type-I-Dorsal-or-tuberosity-Avulsion_fig1_309654406

Objetivo

Realizar una revisión bibliográfica a propósito de un caso tratado en nuestro servicio, destacando la importancia del diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

Material y método

Mujer de 14 años que sufre accidente con patinete eléctrico, después de lo cual presenta dolor, deformidad, impotencia funcional en pie izquierdo. Dorso del pie tumefacto, dolor a la palpación, incapacidad para bipedestear sobre miembro afecto. Neurovascular distal correcto. Se realizan radiografía simple dorso plantar y lateral, y TC de pie izquierdo, concluyéndose en fractura conminuta aislada de escafoides tarsiano izquierdo.

Resultados

La paciente ingresa para tratamiento quirúrgico, control del dolor y control de pates blandas. Es intervenida mediante abordaje dorsal, se localiza la fractura y se disecan planos hasta llegar a los fragmentos óseos, tras ello se realiza reducción y fijación interna de la fractura mediante placa de osteosíntesis. Adecuado control radiológicos intraoperatorio. La paciente sube a planta donde tras estabilidad clínica y adecuado control radiológico se da de alta para seguimiento en consultas externas. Se evaluó en consulta durante los 2 siguientes meses, con intervalos de 2 a 4 semanas durante. Se indica descarga de miembro afecto durante 3 meses. Clínicamente con cicatrización correcto y adecuada evolución de dolor.

Conclusión

Dada la singularidad de este tipo de fractura, y en la edad que se ha presentado, es fundamental un adecuado diagnóstico para llevar a cabo el tratamiento correcto, para que el paciente obtenga un resultado funcional satisfactorio

Bibliografía:

1. Wang C, Fu S, Li X, Wang J, Wu C, Zhang J, et al. Robot-assisted percutaneous screw fixation in the treatment of navicular fracture. Front Surg [Internet]. 2023;9. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fsurg.2022.1049455>
2. Monteagudo M, Martínez-de-Albornoz P. Navicular fracture. Foot Ankle Clin [Internet]. 2022;27(2):457–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fcl.2021.11.024>
3. DiGiovanni CW. Fractures of the navicular. Foot Ankle Clin [Internet]. 2004;9(1):25–63. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s1083-7515\(03\)00173-6](http://dx.doi.org/10.1016/s1083-7515(03)00173-6)
4. Murphy B, Hadidi O, Mulqueen M, Bayer T. Rare case of bilateral isolated navicular fractures in an athlete. BMJ Case Rep [Internet]. 2022;15(12):e253646. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2022-253646>
5. Pinney SJ, Sangeorzan BJ. Fractures of the tarsal bones. Orthop Clin North Am [Internet]. 2001;32(1):21–33. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0030-5898\(05\)70191-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0030-5898(05)70191-7)

