

Fractura astrálogo. A propósito de un caso

Carlos José Paniagua Jiménez, Marina Martín Aguilar, Alexandru Gis, Iván Dot Pascuet, Daniel Arregui, Gisela Calbet Montcusi,

Carol López Navarro, Eugenio García-Almagro

Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Reus, Tarragona, España

Introducción

Las fracturas del astrálogo son las segundas en frecuencia, después del calcáneo, de todas las fracturas del tarso. Sus articulaciones son responsables de la mayoría de la movilidad del pie y del tobillo. El astrálogo carece de inserciones musculares o tendinosas pero sí ligamentosas. El 60% de su superficie está recubierta de cartílago articular y por tanto su vascularización es precaria y el riesgo de osteonecrosis aumenta con el desplazamiento de la fractura. La clasificación de Hawkins predice el riesgo de necrosis vascular según el desplazamiento en la fractura de cuello. Las fracturas del cuello del astrálogo (astrálogo del aviador) se produce por un mecanismo de dorsiflexión del pie donde se produce una rotura de los ligamentos subastragalinos posterior con carga axial.

Material y métodos

Presentamos a una paciente de 75 años de edad que sufre un accidente de tráfico sin antecedentes de interés. En las pruebas radiológicas se visualiza una fractura de astrálogo Hawkins tipo II. Se decide la indicación quirúrgica mediante doble abordaje anterolateral, que minimiza el riesgo de más daños en el suministro de sangre del cuello, y anteromedial, con cuidado de preservar las fibras profundas del ligamento deltoideo, reduciendo provisionalmente por con agujas de k y fijación final con 2 tornillos mediales de 3.0 y un tornillo lateral de 4.0.

El posoperatorio se lleva a cabo mediante inmovilización y descarga de 10 semanas.



Fig 1: Rx sagital evidenciando fractura Hawkins II



Fig 2: TAC sagital evidenciando fractura del cuello astragalino desplazada asociada a luxación subtalar.



Fig 3: Rx sagital con fijación final con 3 tornillos a compresión

Resultados

En los sucesivos controles se observa mediante radiografías seriadas la osteosíntesis lograda. Con una flexión y extensión dorsoplantar y una varo-valgo del pie que le permite hacer vida normal con leves molestias en la región lateral por lo que se solicita un TAC de control que evidencia posible molestia del tornillo anterolateral. A los 7 meses de la IQ se interviene para la retirada del tornillo



Fig 4. TAC donde se evidencia protusión del tornillo anterolateral



Fig 5. Rx dorsal sin tornillo anterolateral

Conclusiones

Presentamos un caso que es un reto quirúrgico para el cirujano debido a las altas tasas de complicaciones como la necrosis cutánea, el retraso de consolidación, pseudoartrosis, la consolidación defectuosa (especialmente en varo) y la osteonecrosis. En nuestro caso la evolución de la paciente ha sido favorable necesitando de una segunda cirugía por molestia de uno de los tornillos.

- Paul Deme, Dan Iona, Nicole Catalin, Post-traumatic avascular necrosis of the talus
- Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol. vol.87 no.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene. 2022
- Kaeelen A Boden, Body Complications and Functional Outcomes After Pantalar Dislocation.
- Allen BI Jr, Ferguson RI, Lehmann TR, O'Brien RP. A mechanistic classification of closed, indirect fractures and dislocations of the lower cervical spine. Spine 1982; 7(1): 1-27.