



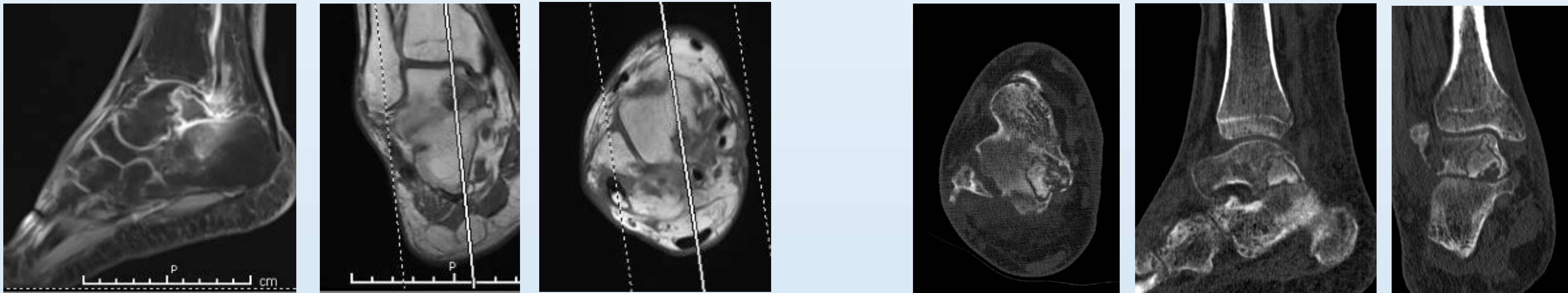
# Necrosis aséptica masiva de astrágalo postraumática. Dificultad diagnóstica.

P. Marcello\*, L. Soria\*, H. Valenzuela\*\*\*, José de Lorenzo Marcos\*\*, J.C. Serfaty\*

\* Clínica MC Barcelona, \*\* Clínica MC Madrid, \*\*\* Creu Blanca Barcelona

**Introducción:** Hawkins (1970) desarrolló su clasificación para las fracturas del cuello del astrágalo, modificada por Canale and Kelly. El riesgo de necrosis avascular que reporta es de 0%-15% para el tipo 1; 20% al 50% para el tipo 2; hasta un 90% para el tipo 3 y el tipo 4 tiene un riesgo del 100% de AVN. Richard K Jordan (2017) en un meta análisis de los estudios publicados reporta un 0% de AVN en las fracturas tipo 1. El algoritmo de tratamiento varia.

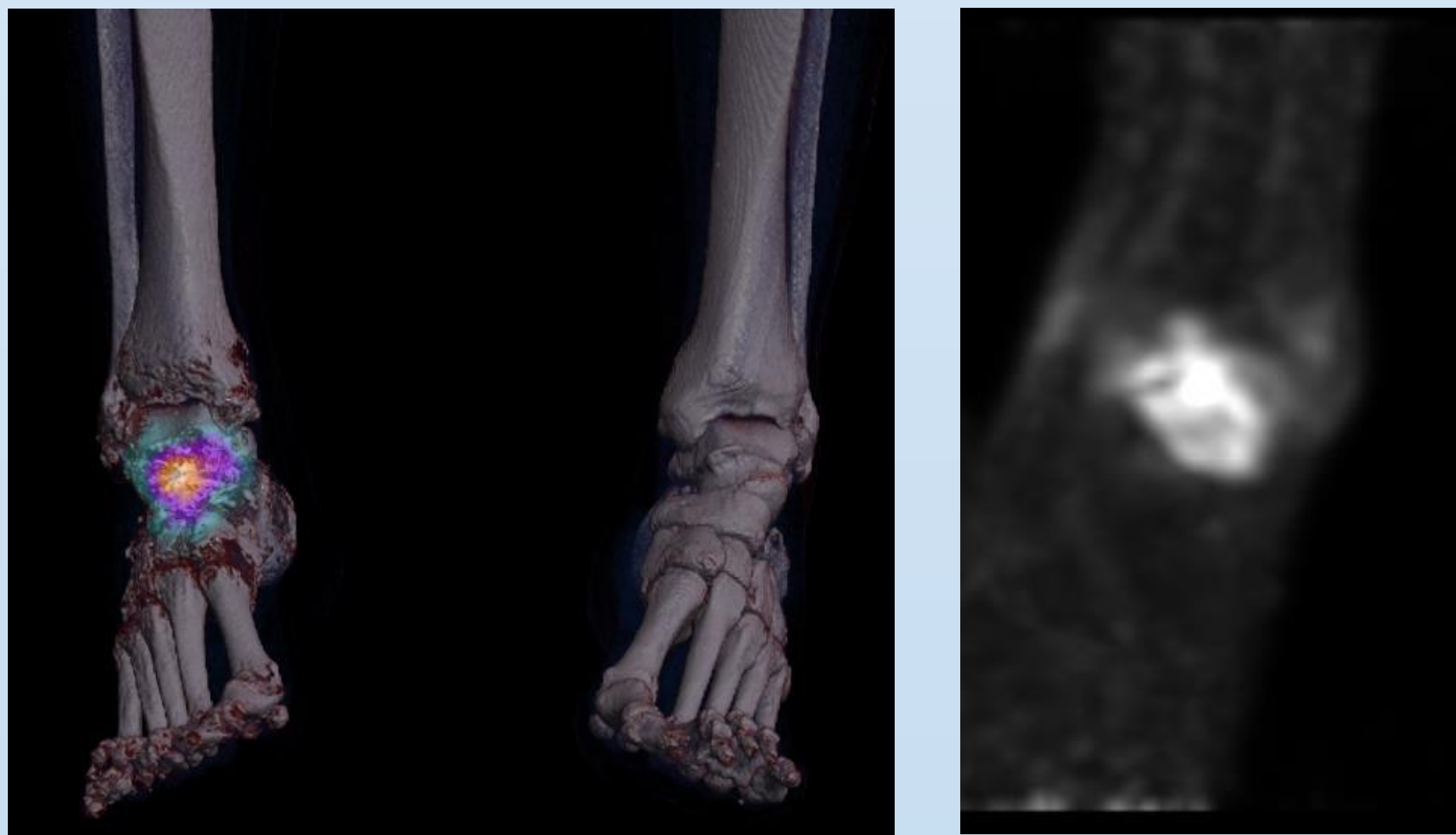
**Caso clínico:** Paciente de 49 años de edad. Conductor de autobús, sin antecedentes de interés. Sufre esguince tobillo D con erosión en maléolo interno en Mayo 2020 al bajar del vehículo. Rx iniciales sin hallazgos. Se practican exploraciones complementarias por persistencia de la clínica.



RMN 26/5/20: fractura trabecular margen post-interno del astrágalo con edema óseo, edema óseo en porción medial del calcáneo y maléolo externo, sinovitis con extensión al seno del tarso y sd. secundario de dicha estructura.

TAC 28/9/2020: fractura sin desplazamiento astrágalo tipo 1 (articulación subastragalina posterior), sin signos de consolidación.

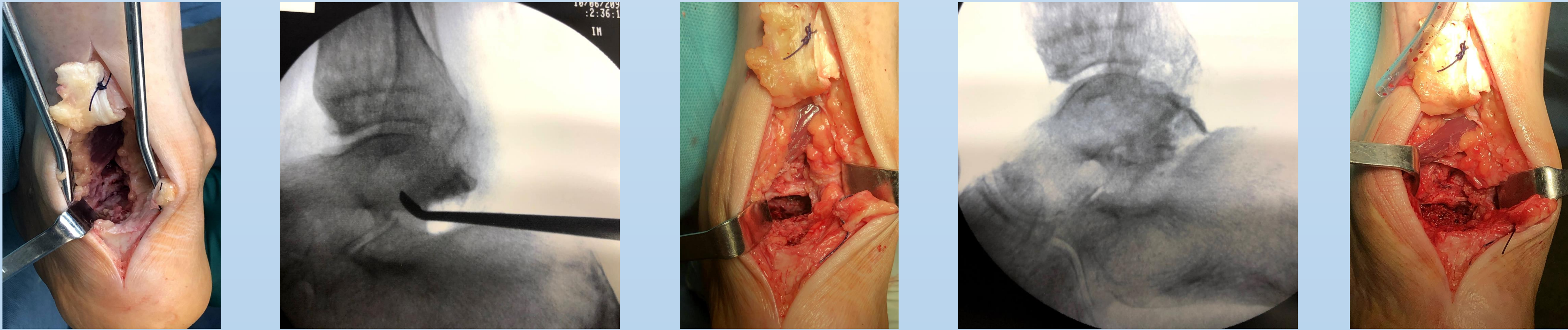
En Octubre 2020, en otro centro, se practica biopsia y toma de muestras por persistencia de herida en maléolo interno, sin contacto con el hueso. Se obtiene hueso trabecular maduro sin alteraciones histológicas. No expresión inmunohistoquímica para Ck y Cd58. Cultivos negativos.



Gammagrafía ósea y SPECT TC óseo (01/03/21): intensa artropatía subastragalina media y posterior (de mayor intensidad la afectación astragalina), con evidentes signos de actividad inflamatoria focal, fase vascular dinámica y precoz positiva.  
PET-TC (08/03/21): Artrosinovitis subastragalina derecha, sin signos concluyentes de osteomielitis. Osteonecrosis crónica del fragmento osteocondral astragalino.



IQ 17/3/21 Abordaje posterior transaquileo. Desbridamiento astrágalo y subastragalina posterior, estudio AP muestra necrosis ósea y cultivos negativos. Relleno de la cavidad y artrodesis subastragalina posterior con injerto de cresta ilíaca posterior derecha, no instrumentada.



Control TAC a los 6 meses: Fusión ósea en la articulación subastragalina posterior (artrodesis), cambios de tipo degenerativo en la mitad anterior de la misma articulación. Alta laboral a los 4 meses de la artrodesis.

**Discusión:** Comprender las verdaderas causas de la AVN del astrágalo continua siendo una dilema aún en la actualidad. La verdadera incidencia y prevalencia es desconocida y es frecuente que se produzca AVN de forma tardía. Las estrategias para un óptimo tratamiento carecen de estudios prospectivos. Las necrosis en las fracturas tipo 1 son excepcionales y en nuestro caso se planteó el diagnóstico diferencial infeccioso. Las serie de casos, con tratamientos mixtos y muy limitados en número, provocan un sesgo de selección en la toma de decisiones. Son inexistentes las guías clínicas para el tratamiento de este tipo de lesiones.

**Bibliografía:**

- Richard K. Jordan, (2017). Complications of Talar Neck Fractures by Hawkins Classification: A Systematic Review. Foot and Ankle Clinics, doi: 10.1053/j.jfas.2017.04.013.
- Haskell, Andrew (2018). Natural History of Avascular Necrosis in the Talus. When to operate. Foot and Ankle Clinics, doi:10.1016/j.fcl.2018.09.002.

