

FRACTURA DE ASTRÁGALO ABIERTA TIPO III DE HAWKINS, ARTRODESIS TIBIO-TALO-CALCÁNEA DENTRO DEL COMPLEJO MANEJO

Hoyos Perales I; Carretero Guillén JA; Montilla García Z; Ballester Alfaro JJ
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital SAS Puerto Real (Cádiz)

INTRODUCCIÓN: Las fracturas del astrágalo se incluyen entre las lesiones más graves del tobillo por la dificultad de su tratamiento y las importantes secuelas que pueden originar. Son lesiones poco frecuentes, ya que el astrágalo se encuentra muy bien protegido por la mortaja ósea y ligamentosa que lo mantiene en su posición anatómica. Son secundarias a traumatismos de alta energía, generalmente accidentes de tráfico y precipitaciones desde una altura. La complejidad se suma cuando además tratamos con una fractura abierta

OBJETIVO: Presentamos el caso de un paciente con una fractura abierta grado IIIA, tipo III de Hawkins

MÉTODOS: Varón de 65 años que acude a Urgencias por traumatismo sobre pie derecho de aprox unos 5 metros de altura, mientras podaba un árbol.

Pulsos pedio y tibial posterior presentes. Sensibilidad y movilidad distal conservados

Herida en región posteromedial de 11 cm, a través de la cual protruye el cuerpo del astrágalo

Se realiza lavado profuso, y cobertura antitetánica y antibiótica. Es inmovilizado de forma provisional y se realiza estudio rx

Rx: fractura luxación abierta de astrágalo tipo III Hawkins

TAC tobillo dcho: Fractura conminuta de cuello de astrágalo y parte anterior de calcáneo con desplazamiento de fragmentos. Luxación de la articulación tibio-peroneo-astragalina

El paciente es intervenido de Urgencias, realizando reducción y fijación externa, ayudados con OS con AK, siendo imposible una reducción anatómica. Cierre por segunda intención y drenaje.

La evolución no resulta satisfactoria, y el paciente presenta frecuentes manchados purulentos con cultivos positivos, que requieren de curas en quirófano y retirada de agujas. Defecto cutáneo incapaz de cerrar por medio de curas.

Se plantea cirugía en dos tiempos. Primer tiempo: Resección de la piel de la parte posterior del Aquiles, con exposición del astrágalo, que conecta directamente con la fístula. Desbridamiento y extracción del cuerpo del astrágalo. Se objetiva calcáneo totalmente vasculado en valgo, incluido en la punta del peroné, que hay que resear para facilitar la reducción. Se libera de la fibrosis circundante. Síntesis con guía cementada LV + G + vanko y AK en cortical anterior para evitar rotaciones. Espaciador en hueco de clinda + genta. Continúa Cirugía Plástica con la cobertura.

Seguimiento conjunto con infecciones con tratamiento ATB.

Segundo tiempo: Bajo anestesia raquidea, abordaje lateral y retirada del espaciador y de la varilla cementada previa. Desbridamiento, lavado y legrado del lecho. Apertura de la pala ilíaca dcha y toma de autorinjerto estructural tricortical de cresta. Inserción de autoinjerto de cresta + aloinjerto de esponjosa en la zona del antiguo astrágalo y síntesis con clavo T2 retrógrado.

RESULTADOS-DISCUSIÓN. La revisión en consultas resulta satisfactoria. Las heridas presentan buen aspecto. Se autoriza carga a las 6 semanas

CONCLUSIÓN:La osteosíntesis con clavo T2 retrógrado tras una fractura de astrágalo puede representar una buena opción para cirugía de secuelas después de una fractura tan seria como un tipo III de Hawkins, abierta grado IIIA. Es importante el seguimiento conjunto con Infecciones, así como cirugía Plástica, para evitar las complicaciones habituales después de este tipo de lesiones.



Figuras 1, 2, 3 y 4: TAC pre-qx y rx post-qx



Figuras 5 y 6: Rx AP y LAT 1º tiempo rescate



Figuras 7 y 8: Rx AP y LAT 2º tiempo rescate

BIBLIOGRAFÍA

1. Controversies in treating talus fractures. Orthop Clinic North Am 1995;26:335-51.
2. Major injuries of the talus. J Bone Joint Surg Br 1970;52B:36-48
3. Fractures of the talar neck. Orthop Clinic North Am 2002;33:247-62.