

ENUCLEACIÓN ABIERTA DEL ASTRÁGALO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Escrivà Lloret A, Sanz Amaro D.
HOSPITAL FRANCESC DE BORJA (GANDÍA, VALENCIA)

OBJETIVO

- El objetivo del presente trabajo es presentar la experiencia de un caso de enucleación abierta del astrágalo, mostrando la evolución clínica hasta su recuperación, con resultado funcional satisfactorio.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

- Paciente varón de 34 años, víctima de una agresión que le provocó una lesión en el tobillo izquierdo con dolor e impotencia funcional total. El examen clínico mostró la exposición total de la cabeza y cuello del astrágalo a través de una gran herida por estallido a nivel medial del tobillo (figura 1). Pasó a quirófano urgente donde se realizó desbridamiento, limpieza exhaustiva, extrayéndose los fragmentos subastragalinos intraarticulares y se procedió a la reducción y fijación con 2 AKs calcáneo-astragalinas y 2 AKs escafo-astragalinas (figura 2). Además, se colocó un fijador externo. Se mantuvo la antibioterapia intravenosa durante 72 horas. Tras 10 días de hospitalización, y ante la evolución correcta de la herida, se decide ALTA hospitalaria para continuar con las curas y el seguimiento clínico desde consultas externas. A los 2 meses de evolución, se retiraron AKs y fijador externo, seguido de rehabilitación. Se autorizó el apoyo con ortesis y muletas a las 10 semanas de evolución. A los 16 meses de seguimiento, el tobillo se encontraba indoloro y con una movilidad satisfactoria.



Figura 1. Imagen clínica de la enucleación abierta de astrágalo

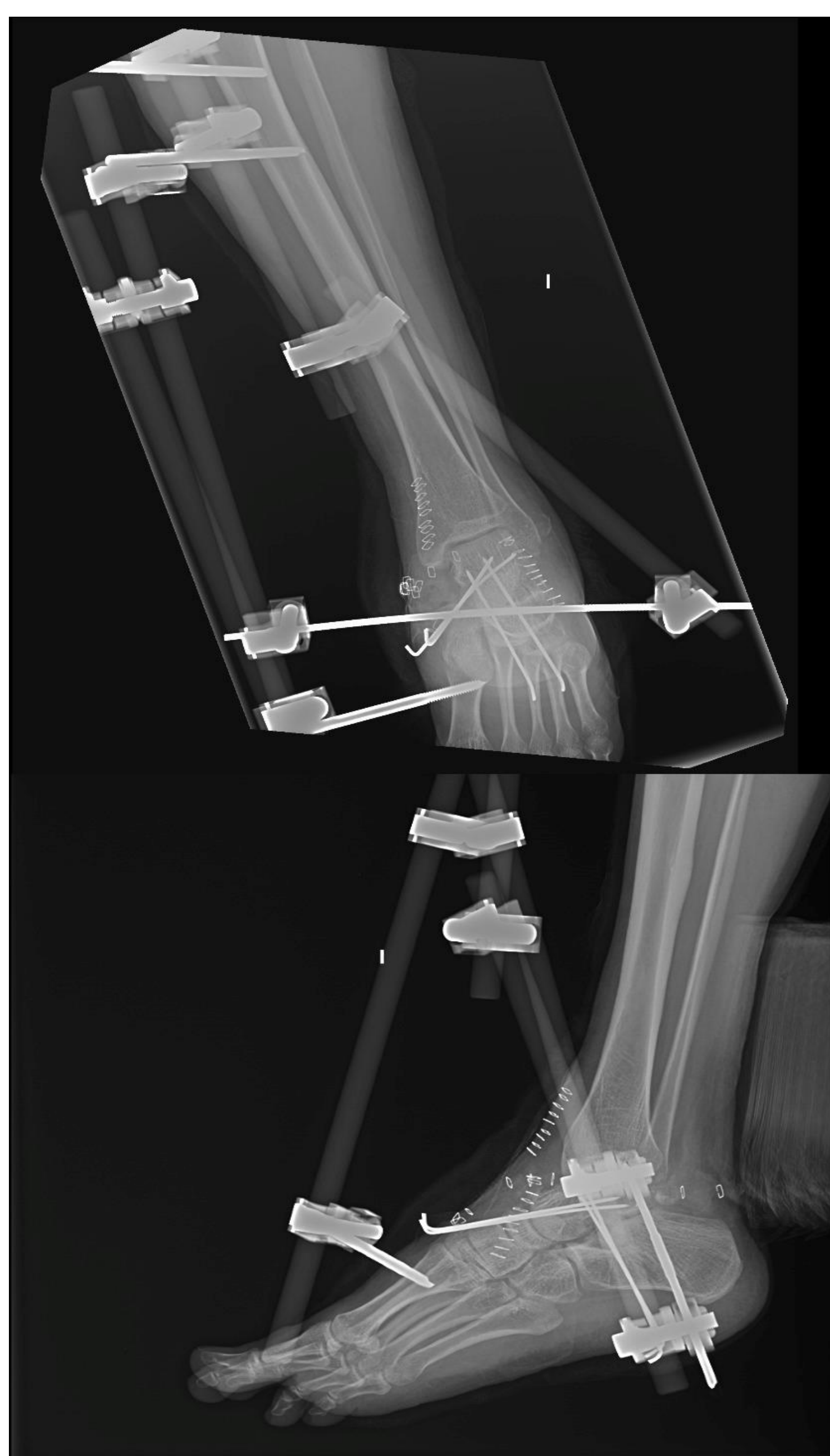


Figura 2. Radiografía AP y lateral de control postquirúrgico

RESULTADOS

- La enucleación o triple luxación del astrágalo es una lesión rara, representando del 2 al 10% de los traumatismos del astrágalo, por tanto, no se tiene un tratamiento estandarizado por lo que el mismo dependerá de las características de las lesiones asociadas así como del paciente mismo. Se presenta generalmente en personas de edad productiva. La interposición del tendón tibial posterior o del flexor común de los dedos hace irreductible esta lesión, por lo que se recomienda reducción abierta inicial, seguido de colocación de agujas Kirschner y un período de inmovilización de 4 a 8 semanas. Las secuelas que se presentan con mayor frecuencia son la necrosis avascular y la artrosis tardía.

CONCLUSIONES

- Es una lesión poco frecuente que ocurre después de un traumatismo de alta energía. El pronóstico está determinado por el riesgo de osteonecrosis, determinado a su vez por el tiempo de reducción, siendo una verdadera urgencia.