

Artrodesis tibio-astragalina como solución necesaria tras inestabilidad residual después de tratamiento de infección de fractura-luxación de astrágalo

Rodríguez Dopazo, Marta (1), Meneses Gutiérrez, Antonio (2), Cabria Fernández, Julian (1), Menéndez Urdangaray, Carla (1), González-Herráez Fernández, Pablo (1)

(1) Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón

(2) Hospital Valle del Nalón

OBJETIVOS

Describir el tratamiento de una fractura-luxación de astrágalo tipo III.

Describir posibles complicaciones como la necrosis ósea y la infección postquirúrgica.



Imagen 1: TAC Fractura astrágalo Imagen 2: Rx control post iq

MATERIAL Y MÉTODOS

Cirugía urgente: abordaje anteromedial, osteotomía de maleolo tibial, reducción de astrágalo y fijación definitiva con dos tornillos canulados, otros dos tornillos canulados en maleolo tibial.

Seguimiento: 5 meses después, signos infecciosos con exudado por herida, se realiza lavado y EMO de los tornillos de maleolo tibial. Mala evolución por lo que se reinterviene, retirando todo el material. Precisó de osteotomía del maleolo tibial hasta zona sangrante debido a necrosis del hueso en dicha zona e inmovilización con fijador externo.

Tras analítica normalizada se plantea artrodesis tibio-astragalina debido a inestabilidad residual por ausencia de maleolo tibial: osteotomía metafisaria distal de tibia, cúpula astragalina y maleolo peroneo distal, inmovilización con fijador circular hexápodo durante 5 meses hasta consolidación.

RESULTADOS

Postoperatorio satisfactorio, sin signos de infección con leves molestias en maleolo interno que no condicionan claudicación a la marcha.

CONCLUSIONES

En las fracturas de astrágalo se requiere una reducción temprana debido a la pobre vascularización que tiene el astrágalo, rodeado en su mayor parte por cartílago.

Cuanto más precoz es el tratamiento, menos probabilidad de infección y necrosis cutánea hay.

El desbridamiento agresivo de las infecciones en osteosíntesis supone en ocasiones inestabilidad articular que requiere tratamientos secuenciales posteriores.

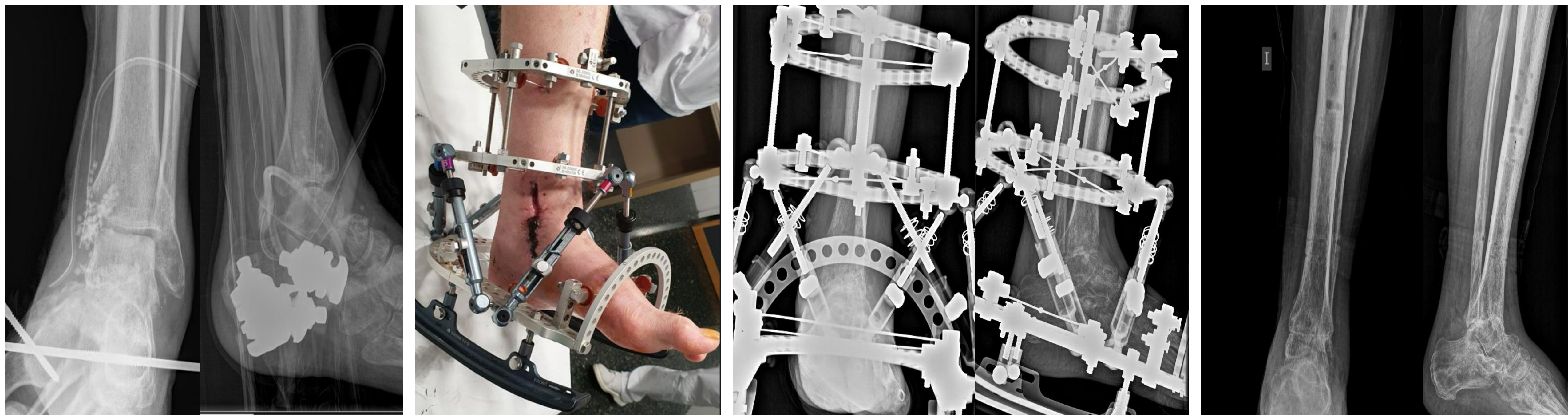


Imagen 3: control post iq EMO. Imagen 4: FE circular. Imagen 5: Rx AP y lateral FE circular. Imagen 6: Control 6 semanas tras retirada FE