

NECROSIS AVASCULAR POSTRAUMÁTICA DE LA CÚPULA ASTRAGALINA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANE LARRAZABAL MARURI, PATRICIA JIMENEZ TELLERIA, LIDE GOROSTIOLA VIDAURRAZAGA, IOAR URRAGA GUERGUE

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Entre las lesiones de los huesos del tarso, las fracturas del astrágalo son las **segundas en frecuencia** tras las del calcáneo, con una incidencia del 3% del total de fracturas del pie. La mayoría son consideradas lesiones graves por la elevada incidencia de **complicaciones asociadas**, como la pseudoartrosis y la necrosis avascular, y de secuelas que pueden originar.

El objetivo es presentar el caso de una paciente intervenida de una necrosis avascular postraumática de la cúpula astragalina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 63 años en seguimiento en consultas de traumatología tras fractura luxación de astrágalo derecho tipo 2 de Hawkins tratada mediante reducción abierta y fijación interna con tornillos. A la exploración presentaba dolor en tobillo y seno del tarso cuando deambulaba sin alteraciones vasculonerviosas.

En las radiografías de control se apreció colapso de la cúpula subastragalina y en la resonancia magnética **colapso del cuerpo del astrágalo con signos de necrosis avascular** a nivel de la cúpula astragalina.

Ante los hallazgos descritos se realizó intervención quirúrgica programada mediante **resección del remanente de astrágalo, colocación de aloinjerto estructural de meseta tibial en espacio tibiotalcáneo y síntesis con placa de artrodesis tibiotalcánea**.



Rx AP y lateral en carga: Necrosis masiva del cuerpo del astrágalo.

RESULTADOS

Tras un día de ingreso la paciente fue dada de alta con la extremidad inferior derecha en descarga. Tras tres meses la paciente deambula con **andador y Cam Walker** sin dolor.

CONCLUSIONES

Las luxaciones astragalinas son muy infrecuentes, representando el 1% de las luxaciones traumáticas. Cuando éstas se asocian a fracturas del cuello y cuerpo del astrágalo, la **osteonecrosis** puede alcanzar una incidencia del 35%.

Ante traumatismos de alta energía, se produce un compromiso de la vascularización del astrágalo favoreciendo la necrosis avascular, especialmente en fracturas del **cuello del astrágalo** con desplazamientos importantes del cuerpo y lesión de tejidos blandos.

Para el diagnóstico de osteonecrosis, nos ayudamos de la **radiografía simple** a las 6-8 semanas y de la **resonancia magnética** que es la prueba más sensible y útil para estimar el grado de afectación del cuerpo del astrágalo.

En conclusión, un diagnóstico precoz seguido de un tratamiento urgente mediante reducción anatómica es fundamental para disminuir el riesgo de osteonecrosis avascular y las secuelas que estas pueden originar.



Control radiológico postoperatorio a los 6 meses. Lisis en los tornillos plantares distales sin reabsorción del injerto.