

# EL ASTRÁGALO QUE VIENE Y VA

**Susana Iglesias Fernández <sup>1</sup>, Ana Escandón Rodríguez <sup>2</sup>, Ángel María Garrido Arbesú <sup>1</sup>, Manuel Ángel Sandoval García <sup>1</sup>, Iván Pérez Coto <sup>3</sup>**

*1 Servicio de COT, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España  
2 Servicio de COT, Hospital del Oriente de Asturias, Arriandas, España.  
3 Servicio de COT, Hospital Carmen y Severo Ochoa, Cangas del Narcea, España.*

## INTRODUCCIÓN:

La enucleación del astrágalo es una lesión muy poco frecuente cuyo origen es siempre traumático. Habitualmente ocurren en pacientes en edad laboral. Presenta frecuentemente complicaciones y secuelas muy graves y en ocasiones irreversibles, tales como la artrosis, osteomielitis y necrosis avascular.

## MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos un caso de un paciente de 37 años que acude a urgencias tras sufrir caída de unos cuatro metros de altura.

Es atendido en el Servicio de Urgencias, por dolor e impotencia funcional de tobillo izquierdo. A la exploración física se objetiva la presencia de una herida a nivel de cara lateral de tobillo izquierdo por la que se visualiza la enucleación de astrágalo (**Figura 1**). En las radiografías practicadas, no se objetivan trazos de fractura (**Figura 2**).

De Urgencia, se procede a inicio de antibioterapia, limpieza, desinfección y reducción de la enucleación. Es llevado a quirófano, donde se procede a la fijación y estabilización con agujas Kirschner (una calcáneo-astragalina y dos escafo-astragalinas), reconstrucción y sutura de complejo ligamentario lateral del tobillo y sutura de herida e inmovilización con férula de yeso suropédica (**Figuras 3 y 4**).

Se procede a la retirada de las agujas de Kirschner a las tres semanas de la cirugía y se mantiene pauta de descarga e inmovilización con férula de yeso durante ocho semanas.

Tras la retirada de la férula, se inicia protocolo de fisioterapia indicado por el servicio de Rehabilitación.



Figura 1: Imagen de enucleación de astrágalo.



Figura 2: Proyección AP preoperatoria.



Figura 3: Proyección AP postoperatoria.



Figura 4: Proyección lateral postoperatoria

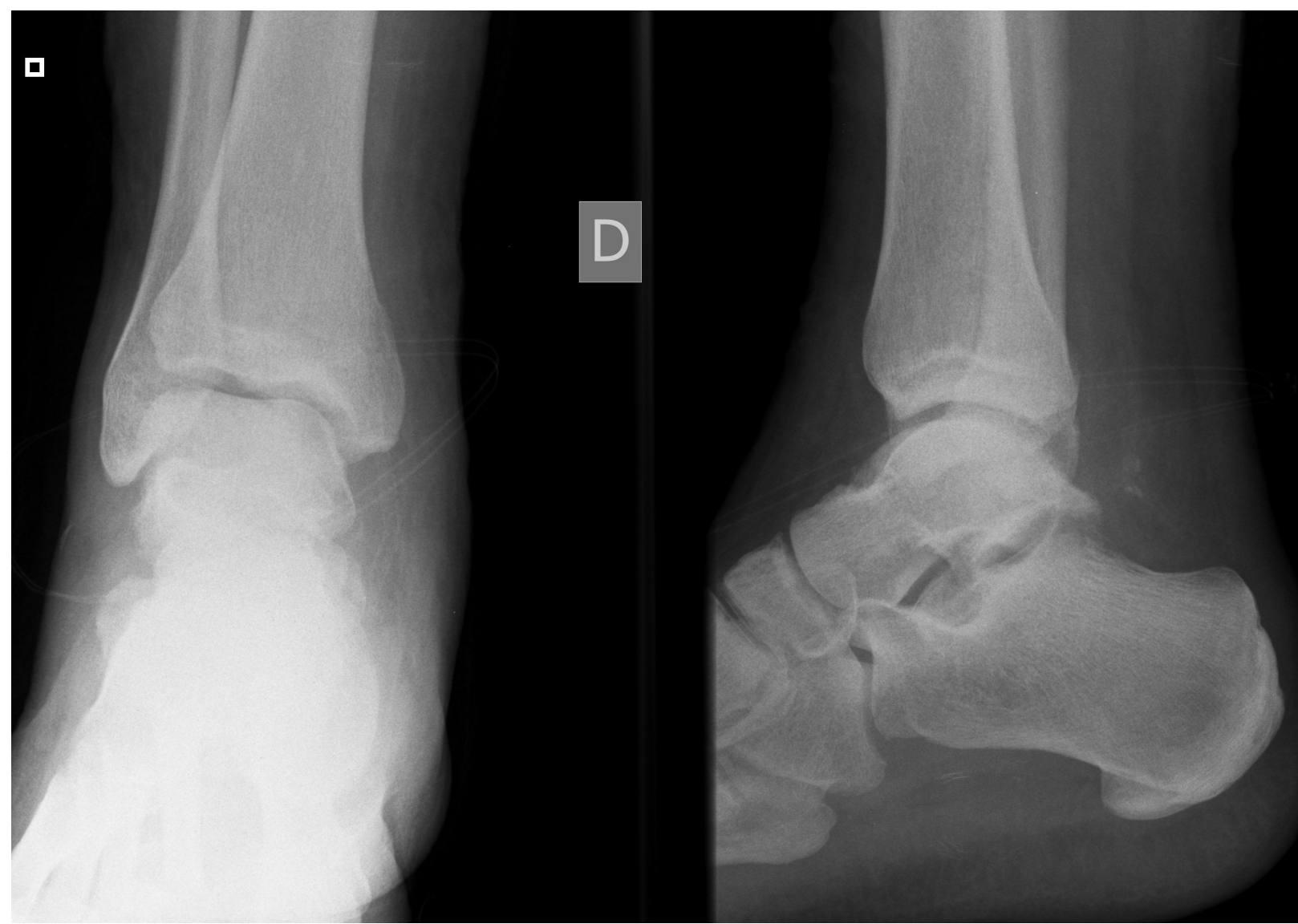


Figura 5: Proyecciones AP y lateral a los doce meses de la lesión.

## RESULTADOS:

A los doce meses de la lesión, el paciente se ha reincorporado a su actividad laboral (cocinero), no presenta signos radiográficos de necrosis de astrágalo, infección o artrosis de las articulaciones circundantes (**Figura 5**). Refiere molestias con la deambulación por terreno irregular y con los movimientos laterales. No precisa de toma de analgésicos de manera diaria.

## CONCLUSIONES:

Las fracturas-luxaciones de astrágalo y especialmente la enucleación pura de este, es una patología extremadamente poco frecuente. La rapidez en instaurar el tratamiento y especialmente la reducción de la luxación, reestableciendo la congruencia articular es vital para minimizar las potenciales complicaciones.