

Fractura de astrágalo. Abordaje por vía externa

Dres. ALBERTO O. CANEVA*, FELIX ROTOLO

INTRODUCCION

La fractura de astrágalo grado II de Hawkins es una lesión que generalmente requiere tratamiento quirúrgico, según opinión casi unánime de los ortopedistas a nivel mundial. Esta indicación se basa en el criterio de reducir anatómicamente la fractura y restablecer la congruencia articular subastragalina, que se halla alterada en esta patología.

PRESENTACION DEL PACIENTE

Sexo femenino, 37 años de edad, que desarrollando tareas domésticas se cae desde una altura de un metro aproximadamente, sufriendo un traumatismo de la garganta del pie izquierdo.

Es traída al Servicio de Guardia el día 10/9/91, donde se la examina, constatándose importante dolor y tumefacción con equimosis bimaleolar a predominio del sector externo e impotencia funcional a la flexoextensión del tobillo. Se toma radiografía de frente y perfil de garganta de pie, donde se visualiza fractura de astrágalo con luxación subastragalina del fragmento proximal, configurando una fractura grado II de la clasificación de Hawkins (Figs. 1 y 2).

La aparente benignidad de la lesión, apreciada en el estudio radiológico simple, y la observación de la luxación subastragalina, nos decidieron a completar el estudio con una TAC de astrágalo. Este estudio nos permitió observar la importante lesión ósea con un trazo fracturario que interesaba al duomo astragalino con separación y basculación externa de un importante fragmento de la superficie articular del duomo (Fig. 3).



Figura 1

Evaluated el trazo fracturario, se decide abordar la lesión el 27/9/91 por un abordaje externo tipo Gatellier y Chastang (1924) modificado por nosotros, efectuando una osteotomía del peroné a 10 cm de la punta del maléolo peroneo, abriendo solamente la sindesmosis anterior y rebatiendo el peroné osteotomizado hacia atrás, a manera de bisagra sobre la sindesmosis posterior.

Se encontraron lesionados los ligamentos peroneo-astragalino anterior y peroneo-calcáneo. Amplia exposición de la región externa del astrá-

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Ramos Mejía, Gral. Urquiza 609, Buenos Aires.



Figura 2



Figura 3

galo, visualizándose las superficies articulares tibioastragalina y subastragalina. Observación de escalón en ambas superficies articulares con basculación y rotación del fragmento externo, con un trazo de fractura que interesaba el duomo astragalino y otro trazo en el cuello que separaba la cabeza del cuerpo del hueso (Fig. 4). Realizamos la reducción temporaria con una clavija y definitiva con tres tornillos maleolares de 4 mm de diámetro, ya que no contábamos, por cuestiones socioeconómicas, con tornillos tipo Herbert, tal como lo habíamos solicitado (Fig. 5). La osteotomía fue sintetizada con un obenque, reparándose los elementos lesionados y la sindesmosis anterior seccionada, suturando la misma a un túnel óseo

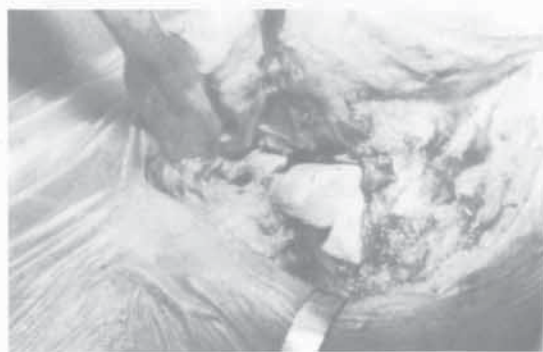


Figura 4



Figura 5

labrado en la tibia. Colocamos una bota de yeso postoperatoria. Los controles radiográficos mostraron restablecimiento de la congruencia subastragalina y una reducción anatómica de la fractura descripta (Fig. 6).

Es dada de alta de internación el 4/10/91, con-

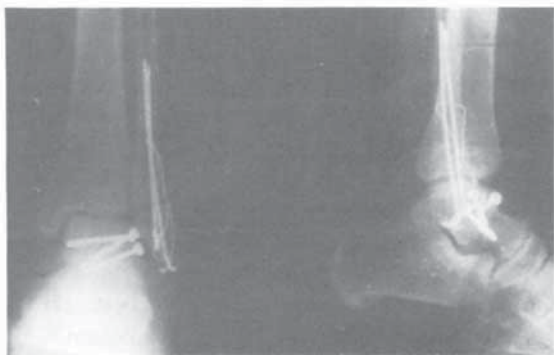
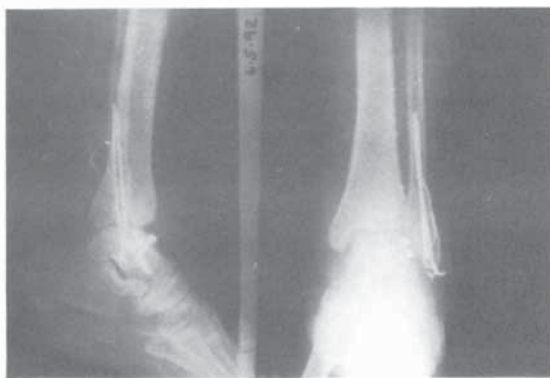


Figura 6

trolándose por consultorios externos. No se permitió el apoyo por 90 días, retirándose la inmovilización enyesada a los 60 días de operada. Continuó con rehabilitación, vendaje elástico y tratamiento médico antiedematoso.

Transcurridos siete meses de postoperatorio, persiste edema moderado con pérdida de 10 grados de flexión dorsal, sin dolor subastragalino, permitiéndole a la paciente realizar sus tareas laborales de igual forma a lo realizado previamente al accidente.

En las radiografías actuales no hay signos de necrosis, observándose consolidación ósea (Fig. 7).



CONCLUSIONES

1. En nuestra opinión las fracturas de astrágalo con sospecha de incongruencia articular subastragalina deben ser estudiadas con tomografía axial computada.

2. El caso presentado demuestra lo insuficiente del estudio radiográfico simple, que puede inducir a errores terapéuticos, al no poder demostrar claramente la incongruencia articular subastragalina.

3. La decisión de tratamiento quirúrgico creemos que fue acertada, ya que la marcada alteración y el escalón que presentaban la tibiotalariana y la subastragalina demostraron la necesidad de obtención de una reducción anatómica.

4. La vía de abordaje externa utilizada nos permitió visualizar ambas superficies articulares (tibiotalariana y astrágalo-calcánea) y resolver en forma satisfactoria la fractura, reparando además por la misma incisión los elementos ligamentarios lesionados.

BIBLIOGRAFIA

1. Butel J, Wituoët J: Les fractures et les luxations de l'astragale. *Revue de Chir Orthop* 53: 393, 1967.
2. Hawkins LG: Fractures of the neck of the talus. *JBJS* 52-A: 991, 1970.
3. Lelièvre J: *Patología del Pie* (4ª edición). Toray-Mason, 1982, p 328.
4. Ray A: Fractures de l'astragale (a propos de 34 observations). *Revue de Chir Orthop* 53: 279, 1967.
5. Trillat A, Bousquet G, Lapeyre B: Les fractures-séparations totales du col ou du corps de l'astragale. Intéret du vissage par voie postérieure. *Revue de Chir Orthop* 56: 529, 1970.
6. Wituoët J: *Encyclopédie Medico-Chirurgicale. T Chirurgicales, Orthopédie-Traumatologie*. Ed Techniques 4: 1-44, 1985.

Figura 7