

A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENUCLEACIÓN MEDIAL ABIERTA DE ASTRÁGALO.

Autores: Jiménez Blázquez, J.L.¹, Reyes Jiménez, A.², Hernández García, S.A.³

1: M.I.R Primer año C.O.T Complejo Hospitalario de Jaén. 2: Adjunto C.O.T Complejo Hospitalario de Jaén. 3: M.I.R Tercer año C.O.T Complejo Hospitalario de Jaén

INTRODUCCIÓN

En un 3-4% de las luxaciones de tobillo, se observa una severa lesión traumática con triple desarticulación (tibio-astragalina, subastragalina y astrágalo-escafoidea) y ruptura ligamentosa y capsular, produciendo una rara situación denominada como, enucleación astragalina. La mayoría (75%) de este tipo de lesiones son abiertas, frente a una minoría que son cerradas, por tanto es ahí donde reside su principal importancia para un adecuado diagnóstico y tratamiento en el área de urgencia. (Ver imágenes 1 y 2).



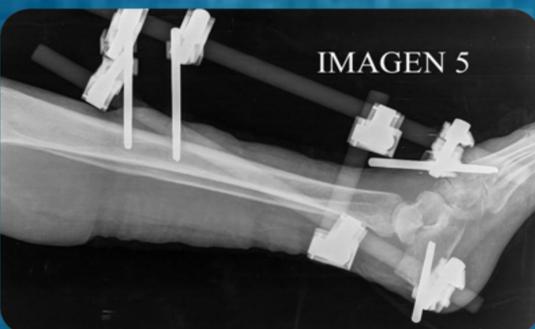
OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es presentar la experiencia de un caso de enucleación medial con exposición ósea del astrágalo, su evolución clínica hasta su recuperación y la revisión de la literatura escrita sobre dicha patología, al tratarse de un caso poco frecuente.

MÉTODO

Se presenta una paciente de 74 años de edad con enucleación medial abierta asociada a fractura Weber A del maléolo peroneo en tobillo izquierdo por pronación, eversión y flexión dorsal forzada, tras caída accidental en mientras bajaba unas escaleras de una obra. (Ver imágenes 3 y 4).

Se realizó lavados abundantes con suero estéril por arrastre, toma de cultivos de la herida y se puso inmediatamente pauta antibiótica profiláctica, así como recuerdo de vacunación tetánica. Posteriormente, en quirófano bajo anestesia intrarraquídea, se realizó lavado y exploración de la herida, limpieza del astrágalo y partes blandas, reducción de la luxación, sutura del tendón tibial anterior, del ligamento deltoideo y sutura de aproximación de bordes de la herida, para finalizar con la colocación de un fijador externo Orthofix® con disposición en triangulo dado el mal estado de las partes blandas a su llegada al servicio de urgencias. (Ver imágenes 5 y 6)



RESULTADOS

En el ingreso, al final de la primera semana, se evidencia cuadro general infeccioso y celulitis en miembro donde se encontraban los fijadores que alcanzaba hasta la rodilla izquierda. Al comienzo de la tercera semana la clínica general infecciosa mejora y se objetiva foco fluctuante localizado en maléolo externo del miembro afecto junto con inicio de secreción de exudado purulento a través de la herida que requirió de drenaje (Ver imagen 7), toma de nuevas muestras para cultivos, antibioterapia, lavados, curas periódicas en quirófano (Ver imagen 8) Finalizando con la aplicación de terapia de cierre asistido por vacío (V.A.C) al final de la cuarta semana (Ver imagen 9).

La paciente, dada la mejoría general, fue dada de alta con descarga del miembro afecto y revisión en consultas externas a los dos meses de la fractura-luxación, donde se vio la consolidación ósea, se le retiró bajo sedación el fijador externo y se comenzó con la carga progresiva con ayuda de bastones ingleses.

Finalmente la paciente fue citada al año, donde se le pasó un cuestionario de calidad y se midió el grado de dolor (EVA 5), la limitación y estabilidad articular, la funcionalidad de la articulación (Flexión dorsal 10º, flexión plantar 30º, eversión 3º e inversión 2º), criterios radiográficos pronósticos artrósicos (Kellgren-Lawrence 3), y de necrosis vascular (Signos de osteoporosis, osteocondensación, esclerosis y deformidad residual) y recuperación de la infección (Óptimo) (Ver imágenes 10 y 11).



CONCLUSIONES

La enucleación del astrágalo es una lesión rara que a corto plazo su principal complicación es la infección, mientras que a medio y largo plazo, la principal complicación es la necrosis ósea avascular y la artrosis secundaria que puede terminar en panastragalodesis. Debemos tener en cuenta que el pronóstico depende del tiempo de atención, control de daños y antibioterapia profiláctica, siendo una verdadera urgencia traumatológica.



BIBLIOGRAFÍA

- *1. Salvi AE, Metelli GP, Domeneghini E, Florschütz AV, Bettinsoli R. Diagnostic imaging and unforeseen associated lesions in astragalo-scapoid dislocation: a case report. Archives of orthopaedic and trauma surgery. 2010 Sep;130(9):1129-32. PubMed PMID: 19921228. Epub 2009/11/19. eng.
- *2. Bianchi M. [Astragalo-scapo-calcaneal luxation. Clinical and radiographic study. Nosological trend]. Archivio di ortopedia. 1970;83(1):63-73. PubMed PMID: 5535794. Epub 1970/01/01. La lussazione astragalo-scapo-calcaneare. Studio clinico e radiografico. Aggiornamento nosologico. ita.
- *3. Naitana S. [On 2 cases of exposed subastragalic (astragalo-calcaneo-scapoid) dislocation. (Etiopathogenetic, clinical, medicolegal considerations)]. Archivio "Putti" di chirurgia degli organi di movimento. 1962;17:384-94. PubMed PMID: 13937286. Epub 1962/01/01. ita.
- *4. García Mata S, Hidalgo-Ovejero A, Martínez de Lecea F. [Medial dislocation of the talus. Medium term evolution]. Anales del sistema sanitario de Navarra. 2009 Jan-Apr;32(1):97-101. PubMed PMID: 19430516. Epub 2008/01/01. Enucleación medial de astrágalo abierta. Evolución a medio plazo. spa.