

Manejo inicial de la enucleación abierta del astrágalo

Puigbert Velazco, Marc; Cebolla Tosán, Jairo; Camprubí García, Eric; Tramunt Monsonet, Carles; Agulló Ferrer, José Luis

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Universidad de Barcelona.

L'Hospitalet de Llobregat (BARCELONA)

INTRODUCCIÓN

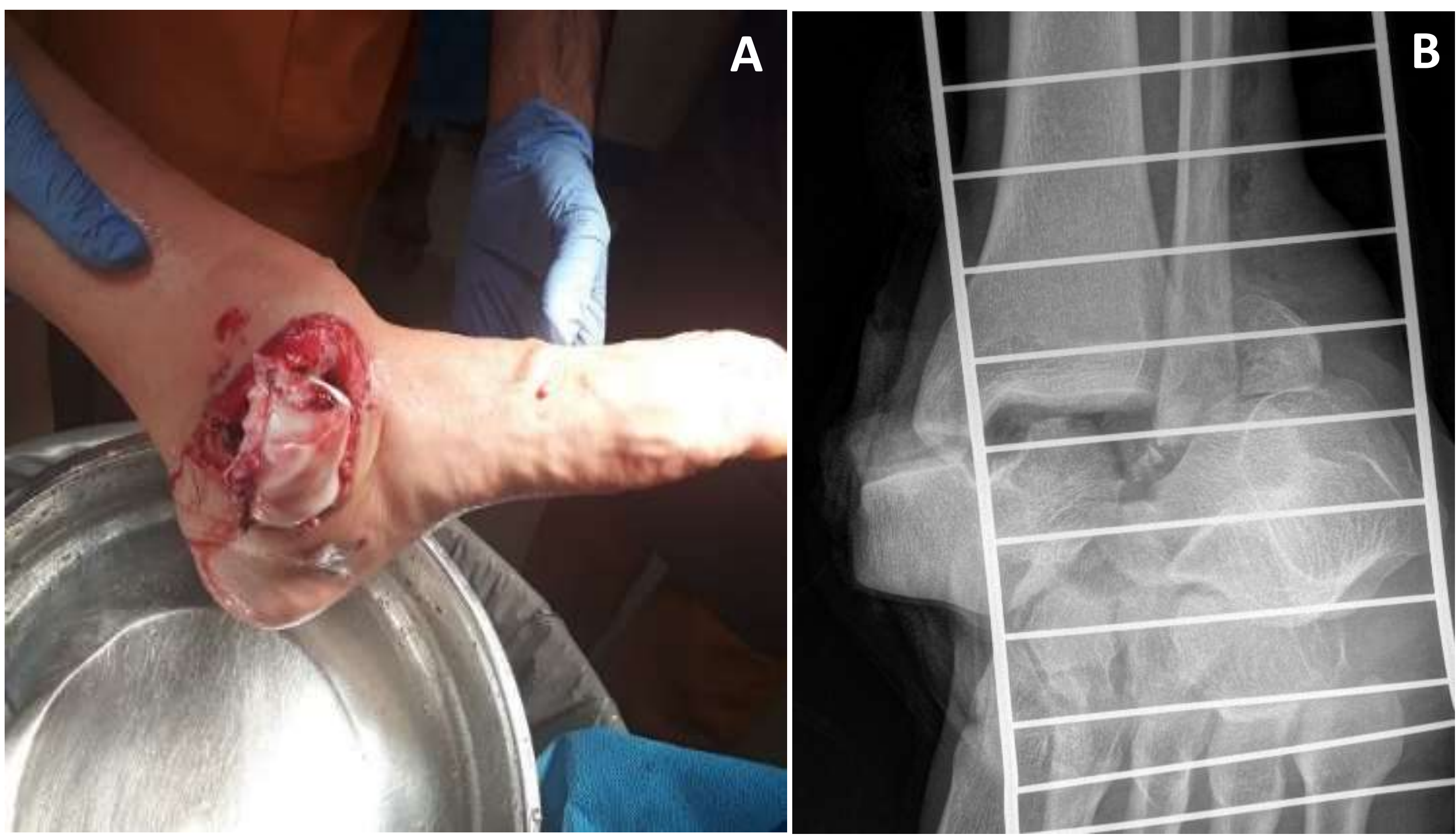
Las luxaciones totales del astrágalo son lesiones raras, frecuentemente se presentan como luxaciones abiertas y además suelen estar asociadas a fracturas. Su manejo inicial incluye el inicio de antibioterapia endovenosa, lavado exhaustivo y desbridamiento de la herida, reducción de la luxación y de fracturas asociadas, y posteriormente su estabilización.

Se han descrito múltiples complicaciones a medio y largo plazo, como por ejemplo la necrosis avascular, artrosis precoz, necrosis cutánea, infección de partes blandas, etc. Debemos actuar rápidamente y con la menor agresividad posible para disminuir el riesgo de aparición de estas complicaciones. Actualmente, no existen guías terapéuticas ni clasificaciones que nos permitan optimizar el manejo inicial de estas lesiones, por lo que existen múltiples opciones de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 30 años que sufrió un accidente mientras realizaba escalada, sufriendo una caída de 20 metros de altura. A su llegada a urgencias, presentaba una herida de 6cm de longitud en la cara medial del tobillo izquierdo con extrusión del cuerpo astragalino. La radiografía mostraba una enucleación astragalina asociada a una fractura peroneal infrasindesmal, conminuta y desplazada.

Inicialmente fue tratado como una fractura-luxación abierta grado IIIC (clasificación de Gustilo), ya que no presentaba pulso pedio al examen físico. Se inició antibioterapia profiláctica endovenosa con cefuroxima y tobramicina, se procedió al lavado de la herida, al desbridamiento de los bordes desvitalizados y a la reducción de la luxación, dificultada por la interposición del tendón tibial posterior, sin requerir su desinserción ni tenotomía. Se observó la lesión completa del ligamento deltoideo y de toda la extensión de la cápsula anteromedial del tobillo, realizándose una sutura para su cierre parcial. Recuperación del pulso pedio tras la reducción.



A) Luxación astragalina abierta a través de cara medial.
B) Radiografía inicial, luxación astragalina con fractura peroné.

Posteriormente, se implantó una osteotaxis con 2 pines tibiales y 1 transcalcáneo, se procedió a la reducción de la fractura del maléolo peroneal y a su fijación interna mediante una aguja de Kirschner intramedular. Período postoperatorio y controles posteriores sin presentar ninguna complicación local ni sistémica.



C) Configuración final osteotaxis.
D) Radiografía de control.

RESULTADOS

Revisamos los casos de enucleación abierta tratados en nuestro centro entre los años 2013 y 2018, obteniendo una serie de 5 casos. Todos ellos eran varones entre 30 y 71 años. El mecanismo lesional fue una precipitación de más de 2 metros en 3 de los casos, uno sufrió un accidente de motocicleta y el otro una lesión por aplastamiento. En referencia al tipo de lesión, 3 fueron luxaciones abiertas mediales y 2 fueron luxaciones laterales. Entre las fracturas asociadas, un paciente presentaba una fractura bimalleolar, otro una fractura de peroné y un último presentaba una fractura de cuerpo y cuello astragalino no desplazadas. El manejo inicial en todos los casos fue la reducción de la luxación, limpieza exhaustiva y desbridamiento de la herida, además del inicio de la antibioterapia profiláctica endovenosa de forma precoz (cefuroxima y tobramicina). En 2 casos se utilizaron clavos de Steinmann para estabilizar las articulaciones talonavicular y subastragalina posterior además de la colocación de una férula suropédica de yeso, en 2 casos se optó únicamente por la inmovilización con férula de yeso y en nuestro caso por la implantación de un fijador externo y una aguja de Kirschner intramedular en el maléolo peroneal. Solo 2 de estos pacientes fueron seguidos durante más de 2 años (4 y 5 años). Ambos casos fueron tratados únicamente con una férula de yeso tras la reducción, sufriendo posteriormente necrosis cutánea local y uno de ellos requiriendo incluso el aporte de injerto cutáneo autólogo para la cobertura del defecto. Uno de estos 2 pacientes se encuentra pendiente de una artrodesis tibiocalcánea por el desarrollo de una artropatía secundaria en las articulaciones tibioastragalina y subastragalina posterior.

CONCLUSIONES

La enucleación astragalina abierta es una lesión poco frecuente y comporta una gran morbilidad por sus potenciales complicaciones. Debemos actuar rápidamente y restituir la anatomía con la menor agresividad posible para disminuir su riesgo de aparición. Aunque no existe ninguna recomendación basada en la evidencia, creemos que la fijación externa debería ser uno de los pilares fundamentales en el tratamiento inicial de estas lesiones, ya que aporta una buena estabilidad articular, una descarga de la articulación tibioastragalina y permite un mejor control y cura de las partes blandas en el período postoperatorio, comparado con la inmovilización con férula suropédica de yeso.