

ENUCLEACIÓN DE ASTRÁGALO EN PACIENTE OBESO

Autores: Mario Holgado Fernández ; Pedro Muñiz Zatón; José Antonio Fernández-Divar Sánchez ; Gonzalo García Portal; Sara García González , M^a Isabel Pérez Núñez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Facultad de Medicina. Santander, Cantabria.



INTRODUCCIÓN

La enucleación de astrágalo es una lesión realmente infrecuente, representando el 2 % de las patologías del astrágalo y un 12% de sus luxaciones. La forma más típica de enucleación es la antero-lateral y a su vez las enucleaciones cerradas presentan una mayor incidencia.

Se trata de una lesión severa del tobillo por las múltiples complicaciones que producen, como son la necrosis avascular y la infección (por lesión de partes blandas).

OBJETIVOS: Presentar un caso de enucleación lateral cerrada de astrágalo haciendo hincapié en el tratamiento realizado en paciente obeso y comentar los resultados y posibles complicaciones de este tipo de lesiones.

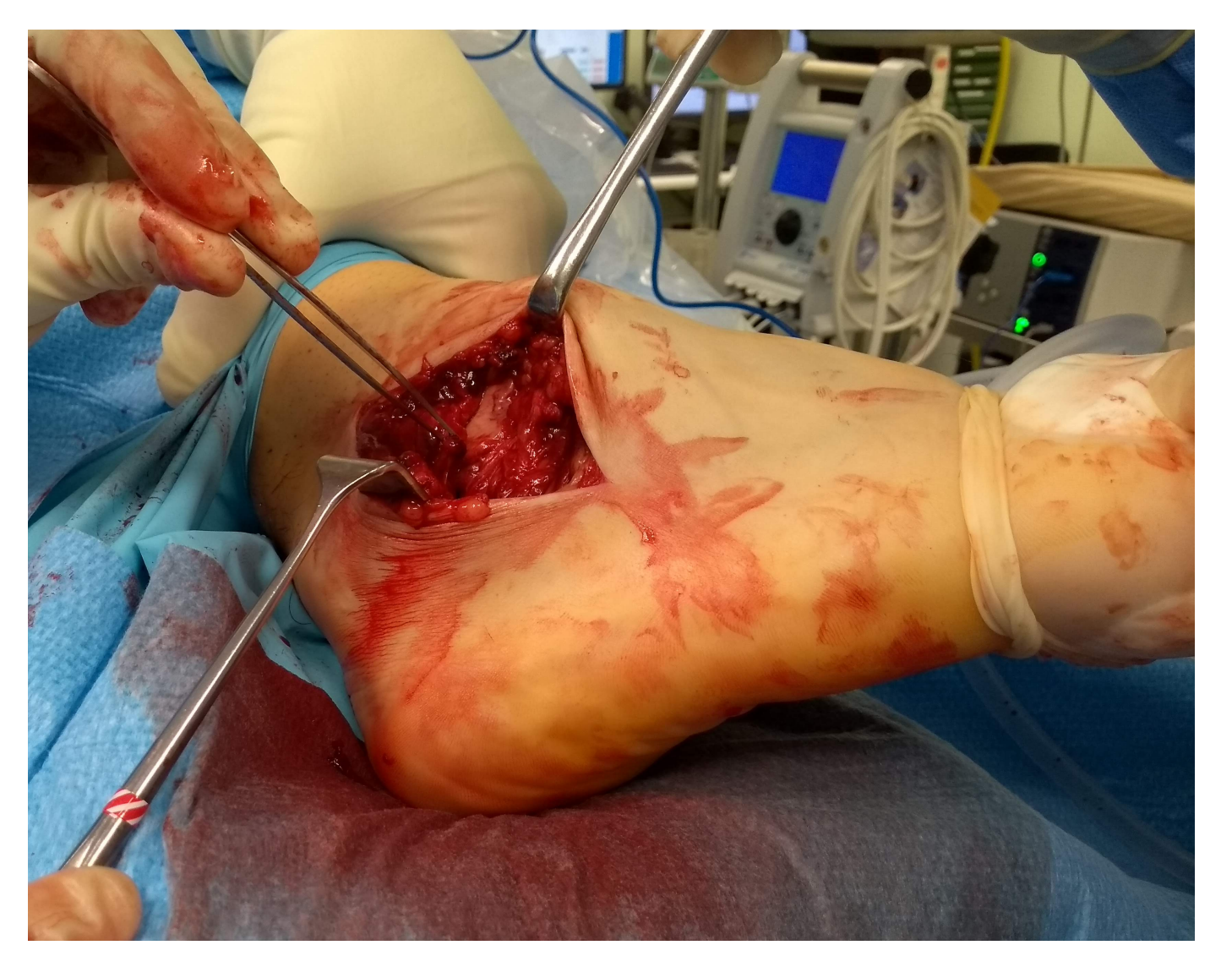
MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 31 años con importante sobrepeso (IMC 39)

- Mecanismo acción: Entorsis del tobillo con mecanismo de inversión forzada del pie.
- Antecedentes: Luxación abierta de interfalángica del dedo del pie, tratada de forma quirúrgica.

Procedimiento terapéutico

1. Accidente (11:15h); llegada a urgencias (12:15h), no lesión vasculonerviosa, gran deformidad y dolor.
2. Tratamiento quirúrgico urgente (13:45h):
 1. Reducción cerrada incruenta con control escópico donde se observa la reducción del mismo.
 2. Tras valorar inestabilidad subastragalina radioscópica, se realiza reinserción ligamentosa abierta (reinserción de ligamento peroneo astragalino anterior y peroneo calcáneo + sutura retináculo extensor y cápsula anterior).
 3. Se estabiliza con agujas de KW calcáneo- astrágalo y escafo-astragalina.
 4. Cierre por planos e inmovilización con férula en descarga.



6 s. post-IQ



6 meses post-IQ

RESULTADOS

1. Alta tras 96h de ingreso. Buen control radiológico y del dolor, sin signos de sufrimiento cutáneo.
2. Se retiran agujas de Kw a las 6 semanas, iniciando carga protegida con órtesis y posterior fisioterapia.
3. 6 meses post-cirugía presenta: déficit de dorsiflexión de 5°, no dolor a nivel subastragalino y pie cavo – varo grado II en podoscopio.
4. Control RNM a los 12 meses, sin presencia de complicaciones.



CONCLUSIONES

La reducción urgente, reparación ligamentosa abierta y estabilización con agujas de kw en pacientes con obesidad, evita las complicaciones a corto plazo (sufrimiento cutáneo), medio plazo (inestabilidad de la articulación del tobillo) y largo plazo (necrosis del astrágalo).

Contacto: perezmi@unican.es

