

LESIÓN COMPLEJA del MEDIOPIE con FRACTURA-LUXACIÓN del HUESO NAVICULAR. Caso clínico

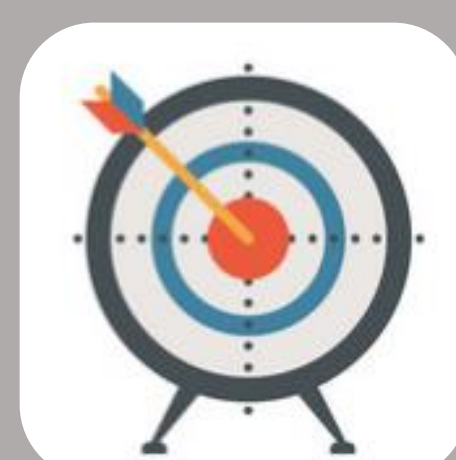
Lorenzo Machado R¹, Gumersindo Godoy FA¹, López Álvarez B¹, Rodríguez Matute A¹, López Morales M², Luque Valenzuela M²

¹ MIR COT Hospital General Básico Santa Ana (Motril)

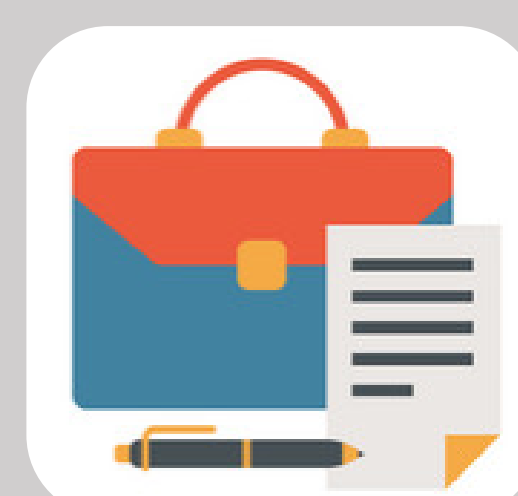
² FEA COT Hospital General Básico Santa Ana (Motril)



Las fracturas del escafoides tarsiano suponen **1/3** de las **fracturas por estrés**, con alta incidencia en **jóvenes y atletas**, siendo poco frecuente como mecanismo traumático. Se producen frecuentemente por **fuerzas compresivas astrágalo-cuñas**, con trazos transversos hacia el aspecto plantar y subluxación del fragmento dorsal. Como elemento clave del arco longitudinal medial, las lesiones complejas pueden implicar una gran **inestabilidad** e importantes **consecuencias funcionales** y **dolor** a largo plazo. La TC es útil para determinar la **conminución plantar y fracturas asociadas de cuñas**. La reducción abierta y fijación interna se reserva para las fracturas desplazadas.



Planificación quirúrgica precoz de las fracturas naviculares tarsales con reconstrucción anatómica para minimizar secuelas funcionales y complicaciones vasculares.



Varón de 25 años con traumatismo directo sobre pie derecho por **accidente de moto**. Presenta signos inflamatorios en zona interna de Chopart e impotencia funcional intensa. Buen estado de partes blandas. En Rx se evidencia **fractura de escafoides tarsiano con subluxación de fragmento dorsal** >30% (1) y en TC se confirma **conminución** del aspecto lateral (>2mm de desplazamiento) (2) con fractura asociada de **2ª cuña** (3) y **base del 2º metatarsiano** (**Sangeorzan tipo III**). Se procede a reducción con fijador externo por afectación de columna media y fijación interna con 2 tornillos mediolateral y lateroinferior sin aporte de injerto (4).



Se mantuvo **fijador externo 3 semanas** y posteriormente **3 semanas** más de **férula suropédica** por inestabilidad ligamentosa. A la **6ª semana** inicia **carga parcial** y se deriva a **Rehabilitación**. A los **10 meses** inicia dolor a raíz de sobrecarga, evidenciándose en Rx **colapso de la fractura**. TC de control con imagen compatible con pseudoartrosis/retardo de consolidación, osteofitosis reactiva y osteoporosis difusa. Actualmente, pendiente de extracción de tornillos por molestias. Deambulación independiente.



Las fracturas-luxaciones de escafoides tarsiano precisan una reducción y estabilización óptimas para lograr un resultado satisfactorio. El resultado final va a estar marcado por el grado de desplazamiento inicial y conminución, siendo **pronóstica** la **clasificación de Sangeorzan**. La prioridad radica en mantener la **complejidad anatómica** (congruencias articulares y la relación con el tibial posterior) evitando lesionar la precaria vascularización por el alto riesgo de **pseudoartrosis** y **osteonecrosis** (entre otras complicaciones).