



Clínica Zabala- Buenos Aires-Argentina



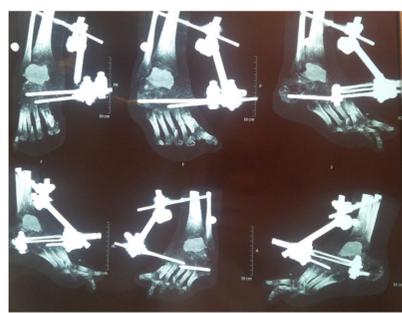
Servicio de Ortopedia y Traumatología

Extrusión completa de astrágalo: Presentación de 2 casos y revisión de la bibliografía

Dres. M. Rio, P. Salonia, D. Gabas, G. Gotter y F Barrera Oro

Introducción: La extrusión completa del astrágalo representa el 2 a 3 % de las lesiones del astrágalo (1). Se presenta como una luxación expuesta triarticular, comprometiendo a la articulación del tobillo, la subastragalina y la astrágalo escafoidea.

Caso 1: Paciente de 34 años que sufre accidente motociclistico, Se realiza debridamiento quirúrgico, colocación de espaciador de cemento con antibióticos y estabilización con fijador externo. A los 30 días, colocación de injerto óseo estructurado de banco y artrodesis subastragalina y tibioastragalina utilizando clavo endomedular retrógrado.



Caso 2: Paciente de 32 años que sufre trauma de alta energía luego de intento de suicidio por salto de 9 m de altura. En el tobillo se realizó debridamiento quirúrgico, reposicionamiento del astrágalo, fijación con una clavija y colocación de fijador externo.

La evolución de la herida fue tórpida, presentando secreción y necrosis de la piel en la zona de exposición. A los 10 días, colocación de espaciador de cemento con antibiótico y colgajo sural. A los 45 días se realizó extracción del espaciador, colocación de injerto óseo estructurado de banco y artrodesis subastragalina y tibioastragalina utilizando clavo endomedular retrógrado.



Discusión: Algunos autores recomiendan la resección del astrágalo y la artrodesis tibiocalcánea (2) y otros la recolocación del astrágalo reportando buenos resultados (3) En ambos casos para realizar la artrodesis definitiva utilizamos la técnica descrita por Koller (4) denominada sandwich block artrodesis, con la diferencia que colocamos injerto óseo estructurado de banco y clavo endomedular retrógrado como elemento de osteosíntesis.

Conclusión: Recomendamos la limpieza quirúrgica junto con la remoción del astrágalo, utilizar un espaciador de cemento con antibiótico y estabilización transitoria con fijador externo. Luego realizar artrodesis tibiocalcánea utilizando injerto óseo estructural para mantener la altura del miembro inferior afectado.

Bibliografía

1. Leitner B. The mechanism of total dislocation of the talus. J Bone Joint Surg 1955; 37 (1):89-95
2. Detenbeck L, Kelly P. Total dislocation of the talus. J Bone Joint Surg 1969; 51: 283-288
3. Palomo-Traver J, Cruz-Renovell E, Granell-Beltran V, Monzonis-García J Journal Orthop Trauma 1997; 11 (1): 45-49
4. Koller H, Assuncao A, Kolb K, Holz U. Reconstructive Surgery for Complete Talus Extrusion Using the Sandwich Block Arthrodesis: A Report of 2 Cases. J Foot Ankle Surg 2007; 46 (6): 493-496