

No es sólo un esguince

Enara Piris Valor, Sara Lizeaga López de Guereñu, Juan Zaldúa Saenz de Buruaga, Victor Eduardo Garijo Ruiz, Antonio José Martín García

Introducción

Paciente varón de 50 años que consulta por dolor persistente en tobillo derecho tras mecanismo de torsión, diagnosticado inicialmente de esguince en otro centro. En la exploración física se objetiva dolor selectivo a la palpación de articulación astragaloescafoidea. Se realizan radiografías simples en carga y TAC, visualizándose fractura de escafoides tarsiano.

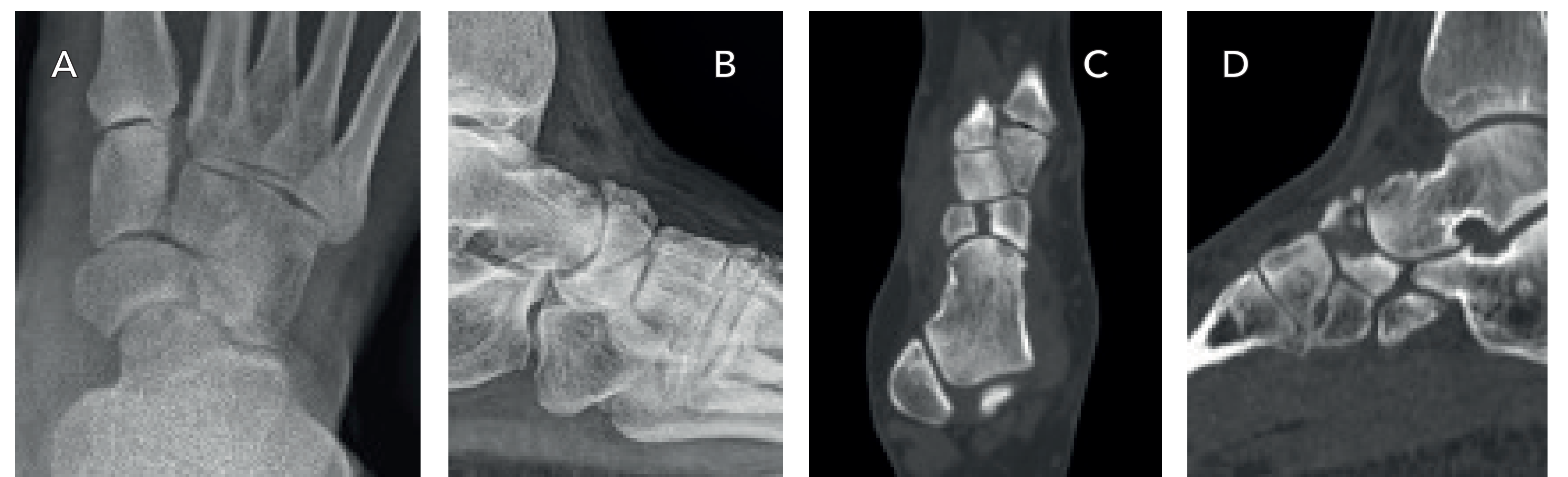


Figura 1: Fractura de escafoides tarsiano visible en radiografías simples en carga AP (A) y lateral (B) y TAC en proyección axial (C) y sagital (D).

Objetivo

Proponer un tratamiento individualizado mediante la realización de artrodesis de la columna medial con autoinjerto de cresta ilíaca con el objetivo de mejorar el dolor y la calidad de vida, valorando los resultados mediante la escala AOFAS (American Orthopaedic Foot and Ankle Society) antes y después de la intervención quirúrgica.

Material y métodos

Tras agotar las opciones de tratamiento conservador, para la planificación quirúrgica se decide realizar TAC de control con el objetivo de actualizar el estado de las lesiones.

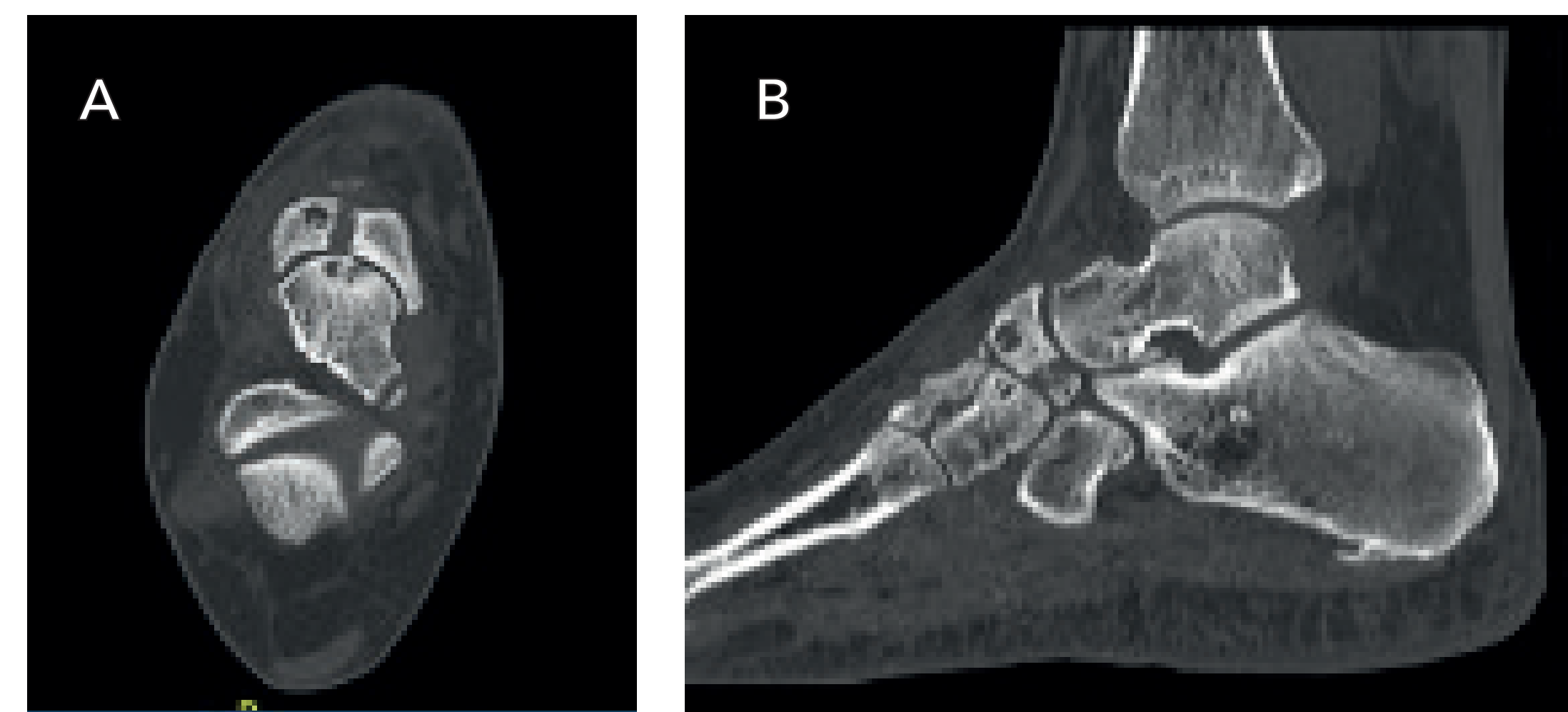


Figura 2: TAC proyección axial (A) y sagital (B). Se identifica progresión de la patología degenerativa en articulación astragaloescafoidea y persistencia del trazo de fractura en cuerpo de escafoides.

Se interviene quirúrgicamente obteniendo inicialmente injerto óseo autólogo de cresta ilíaca (Figura 3). Posteriormente, mediante abordaje dorsomedial de pie derecho centrado en articulación astragaloescafoidea, se identifica foco de fractura longitudinal de escafoides en pseudoartrosis (Figura 4) y se realiza limpieza del foco y cruentación de las superficies articulares astragaloescafoideas hasta exposición de tejido óseo esponjoso sangrante. Se coloca cuña de injerto óseo de cresta en foco de fractura (Figura 5) y se artrodesa la articulación astragaloescafoidea mediante placa Claw y tornillo oblicuo escafotalar Fast de 3,2mm (Figura 6). Se comprueba la correcta colocación del material y la alineación del medio- y retropié mediante escopia (Figura 7).



Figura 3

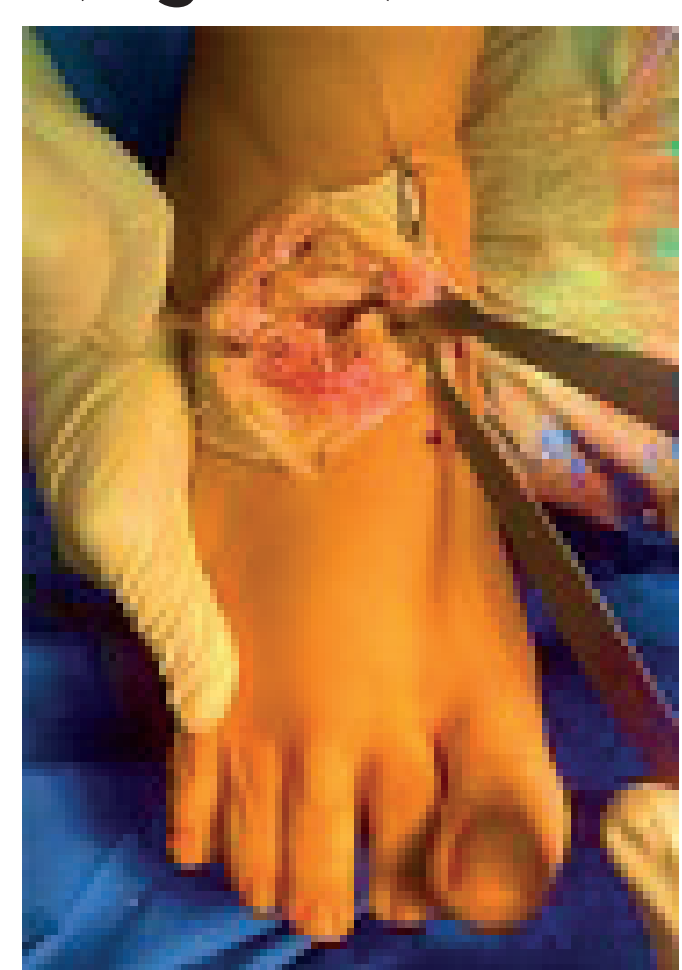


Figura 4



Figura 5

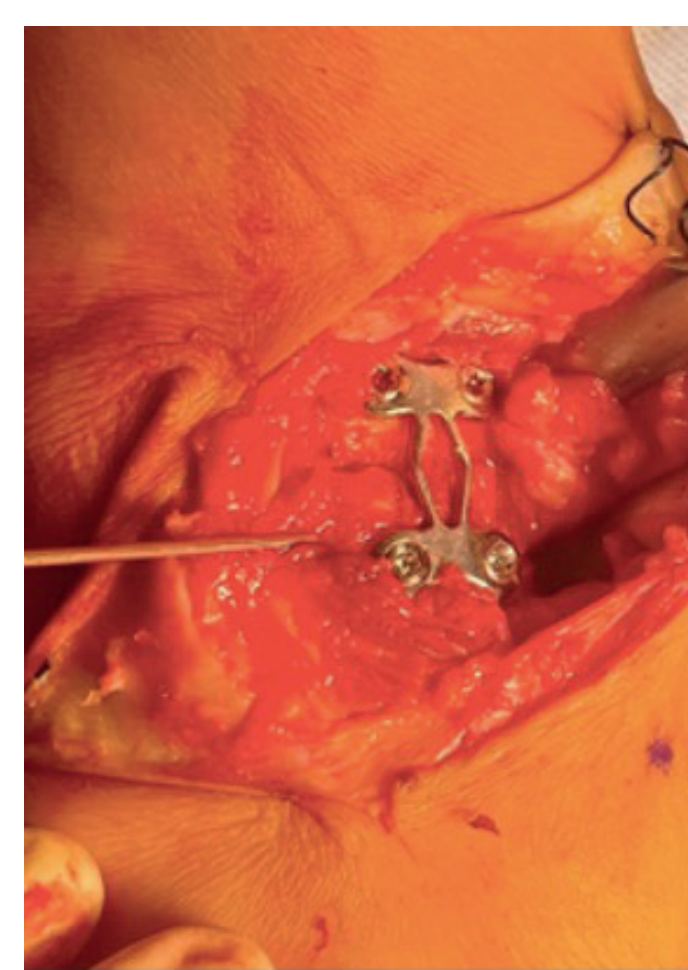


Figura 6



Figura 7

Resultados

La evolución clínica postoperatoria inmediata cursa sin complicaciones. En el control a los 4 meses se realizan la escala AOFAS y radiografías AP (Figura 8) y lateral (Figura 9) en carga. La puntuación postoperatoria es de 55 puntos sobre 100, respecto a 11 puntos sobre 100 obtenidos en la escala AOFAS preoperatoria. La sección en la que se ha obtenido una mayor mejoría ha sido la distancia máxima capaz de caminar, habiendo mejorado también otras como el dolor, la cojera y la alineación del pie. Sin embargo, en las radiografías en carga se identifica rotura del material de artrodesis.



Figura 8



Figura 9

CONCLUSIONES

Las fracturas de escafoides tarsiano son fracturas raras que pueden producirse por traumatismos o microestrés repetido. Dependiendo del tipo de fractura, se optará por un tratamiento conservador mediante yeso cerrado supodéico o un tratamiento quirúrgico mediante reducción abierta y fijación interna para restaurar la longitud de la columna medial y conseguir un constructo óseo que permita la movilización temprana. En los casos en los que aparezca degeneración postraumática de la articulación astragaloescafoidea, como en el caso presentado, se podrá planificar una cirugía de artrodesis para intentar paliar la sintomatología y conseguir una funcionalidad adecuada.

Tras haber valorado las pruebas de imagen y la escala AOFAS postoperatoria y, a pesar de haber mejorado en 44 puntos respecto a la preoperatoria, se deberá realizar un seguimiento a largo plazo del caso para poder detectar modificaciones del resultado obtenido a 4 meses y otras complicaciones que puedan aparecer durante el proceso.