

## **FRACTURA DEL ASTRÁGALO**

**José - P. OTERO y Juan - E. CENDÁN**

M. A. S., 22 años. Ingresó el 16/11/36 por traumatismo de football que según el enfermo consistió en un puntapié en la planta en el momento de trabar una pelota.

*Inspección.* — Se observa saliente redondeada que ocupa la gotera retro - maleolar interna. Tumefacción sobre cara externa de maleolo externo y en gotera retromaleolar externa. Observando el pie de perfil se constata que la curva del tendón de Aquiles es menos acentuada que del lado sano, y que el talón está acortado, es menos saliente.

*Palpación.* — Sumamente dolorosa. La saliente retromaleolar interna del tamaño de una ciruela grande, de consistencia ósea, situada entre el maleolo interno y el tendón de Aquiles, palpable casi debajo de la piel, lo que permite a reciar sus caracteres y casi asegurar que se trata del cuerpo del astrágalo. En la punta del maleolo externo hay dolor exquisito. Los movimientos que se intentan provocar en la tibio - tarsiana son muy dolorosos. No hay trastornos vasculares, la tibial posterior late inmediatamente por debajo de la piel empujada por el fragmento óseo como en caballete. Pulso pedio normal.

*Radiografía.* — E. 10492. Fractura del astrágalo con luxación hacia atrás del fragmento posterior (Cunha). El fragmento posterior enucleado fuera de la mortaja se encuentra por detrás del maleolo interno, es decir, que no sólo está hacia atrás, sino, además, adentro. Además ha rotado en forma compleja, su cara posterior tibial mira hacia atrás, su cara peronea hacia abajo, su extremidad posterior hacia adentro. El fragmento anterior guarda

sus relaciones normales con el escafoides, la epífisis tibial inferior se insinúa entre los dos fragmentos muy separados.

*Intervención.* — Dr. García Lagos, Dr. Otero (15 horas después del traumatismo). Anestesia general al éter. Incisión interna vertical sobre la saliente ósea y recurvada abajo, hacia adelante. Astragalectomía total atípica extirpando primero el fragmento luxado y luego el fragmento anterior. Cierre. Yeso. Postoperatorio sin incidentes.

Vemos al enfermo el 22 de abril de 1938 a más de un año de la operación: camina normalmente, no se queja de dolor, puede correr, bailar, subir escaleras. El examen objetivo revela un pie de aspecto normal con movimientos de flexo - extensión y de pro - supinación casi normales e indoloros. Puede considerarse clínicamente una recuperación funcional perfecta.

**Consideraciones.** — Hasta hace algunos años la fractura vértico - transversal del astrágalo con enucleación del fragmento posterior tenía una terapéutica indiscutida por todos los autores: la **astragalectomía total**. La escuela francesa desde el trabajo de conjunto de Gayet en el Lyon Chirurgical del 19 hasta una fecha casi reciente había establecido como sólido principio terapéutico la astragalectomía en la fractura luxación del astrágalo. Este punto de vista tan categórico puede resumirse en las siguientes frases de Lecene: “a las reposiciones cruentas aplicables a las fracturas vértico - transversales del cuello, a las astragalectomías parciales que dejan subsistir restos óseos, trayendo una anquilosis o una limitación sensible de los movimientos se preferirá siempre la **astragalectomía total**, operación bien regulada cuyo resultado funcional es lo más amenudo muy bueno”. Desde que estas sabias palabras fueron escritas (año 1929) hasta la fecha, ha habido un gran cambio en el tratamiento de todas las fracturas y también respecto a la fractura del astrágalo.

Dentro de las fracturas vértico - transversales hay un tipo que pertenece indudablemente a la reducción ortopédica y es la fractura del cuello sin enucleación fragmentaria con váscula plantar del fragmento posterior y luxación sub - astragalina del pie adelante. En este tipo de fractura la reducción ideal puede obtenerse ortopédicamente y debe ser siempre intentada. Pero el trata-

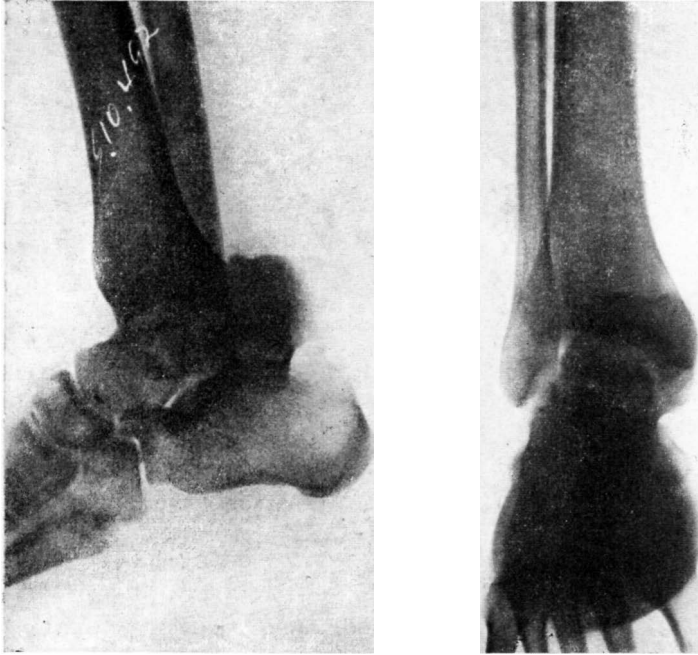


FIGURA N.º 1

Fractura del astrágalo con traslación del fragmento posterior.

miento conservador se ha hecho también extensivo a las fracturas con enucleación fragmentaria. Grahan y Faulkner en un artículo muy citado empiezan condenando la astragalectomía como una operación mutilante que quita el hueso principal, la llave del arco óseo - plantar. Pero en su estadística de diez fracturas de astrágalo de las cuales ninguna es reciente han hecho en todas, la astragalectomía total y terminan diciendo que si la reducción operatoria no puede obtenerse, debe practicarse la astragalectomía. Divnogorsky en un trabajo basado en dos casos personales llega a las siguientes conclusiones: se debe recurrir a una operación y ensayar siempre de colocar el fragmento en su sitio. Su primer caso es una fractura parcial antigua; el segundo es una fractura con enucleación con sólo tres meses de evolución post-operatoria.

Böhler dice escuetamente: "si el cuerpo del astrágalo ha salido fuera de la mortaja maleolar la reducción es posible por vía

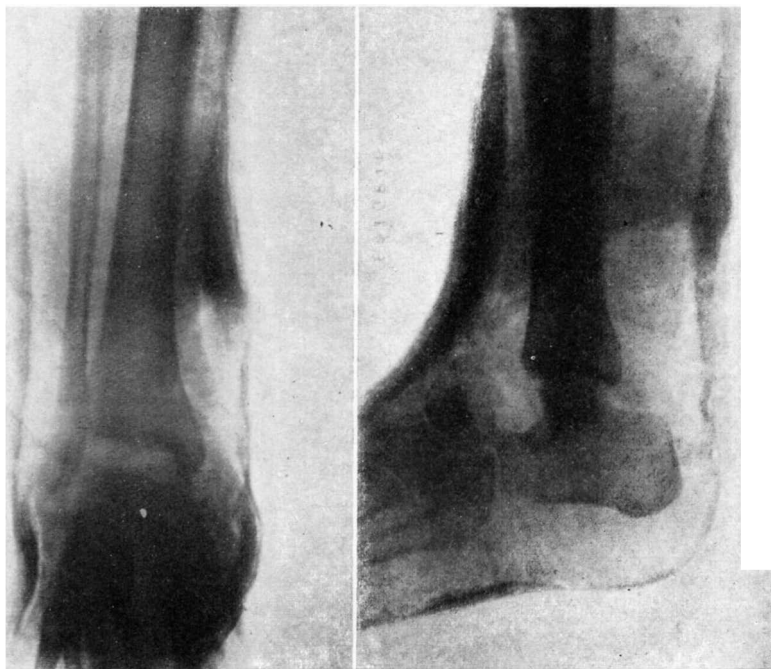


FIGURA N.º 2

Astragalectomía. Buen resultado apesar de anteposición del pie.

cruenta. Cuando sea posible hay que procurar no extirpar el fragmento que forma el cuerpo pues éste determinaría graves trastornos”.

Todos estos trabajos nos dejan un poco escépticos respecto a la posibilidad de una reducción eficaz cuando hay enucleación: operación difícil, contención aun más difícil, destino incierto del fragmento enucleado que ha sufrido el arrancamiento de sus vasos nutricios y cuya necrosis es muy posible, tendencia a la limitación de los movimientos y a la anquilosis.

En resumen: existe una tendencia al tratamiento conservador de la fractura del astrágalo con enucleación del cuerpo, pero hasta el momento presente la astragalectomía total parece ser la operación de más seguros y simples resultados; es la operación que debe practicarse en los medios no especializados y sólo se intentará la reposición cuando sea posible con facilidad y sin “de-labrement”.