

FRACTURA DEL SUSTENTACULUM TALI. A PROPÓSITO DE UN CASO.

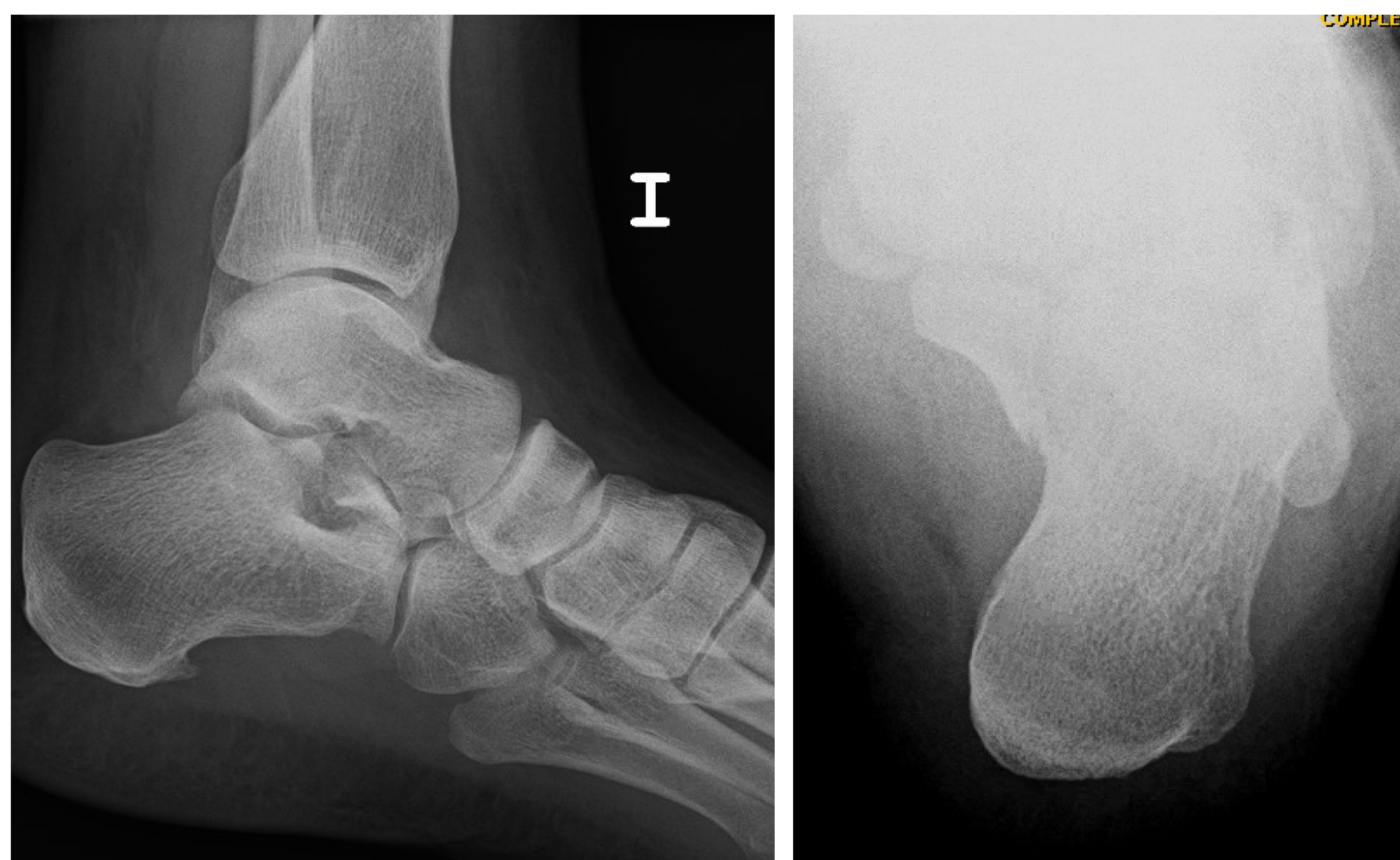
María del Carmen Viejobueno Mayordomo, Pedro Torres Lozano, Sergio Losa Palacios, Diego Gil Botello, Ana Verdejo González.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (CHUA).

OBJETIVO

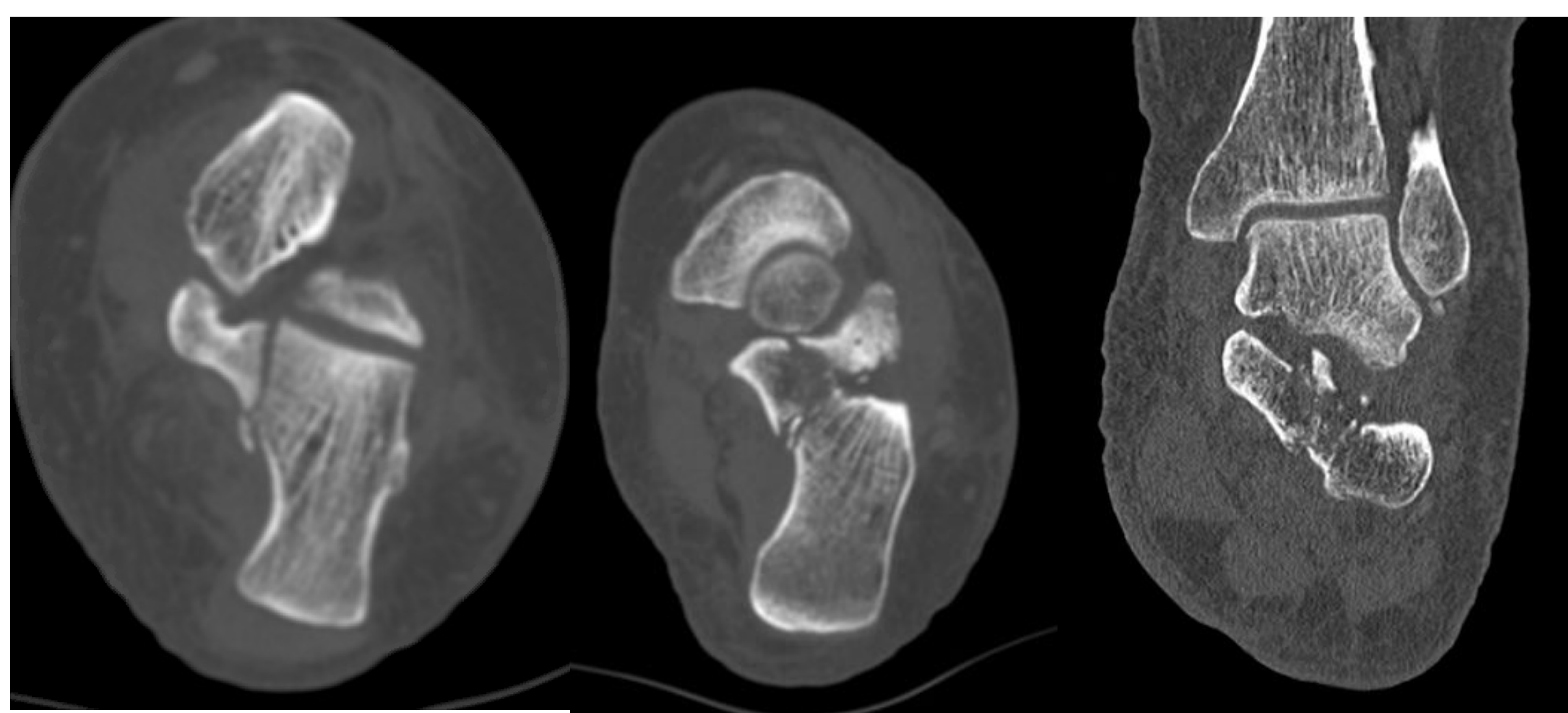
Evaluar a través de un caso clínico y revisión de la bibliografía el correcto diagnóstico y tratamiento de las fracturas del sustentaculum tali.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un caso clínico de una mujer de 42 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias tras sufrir traumatismo sobre tobillo y pie izquierdos tras caída por las escaleras. A la exploración física presenta tumefacción y equimosis en cara medial tobillo y pie izquierdos con dolor a la palpación de ligamento deltoideo y articulación subastragalina, que aumenta con la eversión y flexión plantar del pie. Se realizan radiografías anteroposterior y lateral de tobillo y pie y proyección axial de calcáneo objetivando lesión a nivel del sustentáculo tali (Fig. 1).

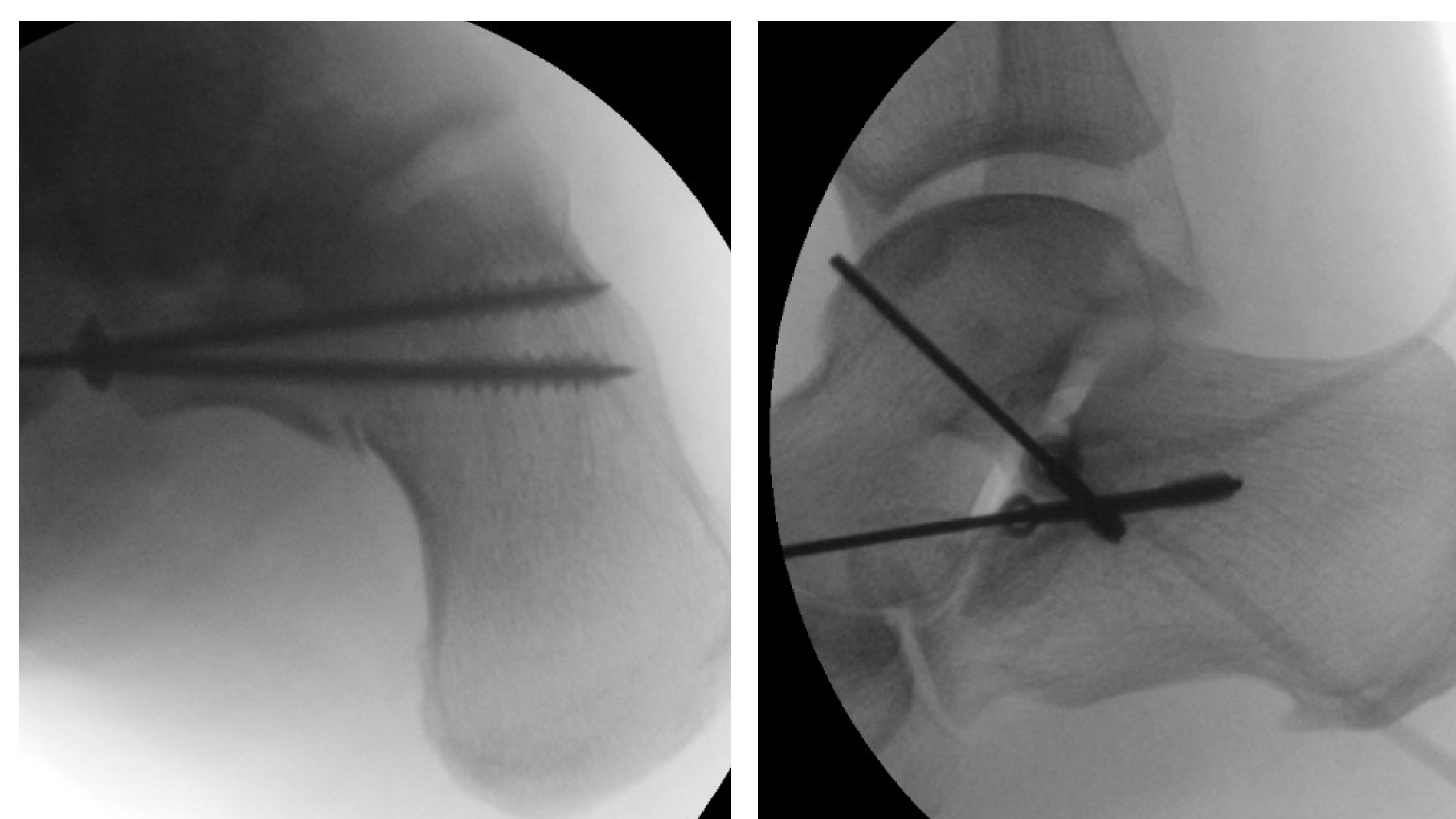


Se amplía estudio de imagen mediante TAC que confirma la lesión, objetivando un desplazamiento de la fractura mayor de 2mm con afectación intraarticular por lo que se decide intervención quirúrgica (Fig. 2).



RESULTADOS

Tras consentimiento informado se realiza intervención quirúrgica. Mediante anestesia raquídea e isquemia de miembro afecto se realiza abordaje medial directo del pie centrado sobre el sustentaculum tali, palpable aproximadamente 2cm por debajo y 1cm por delante del maléolo medial y detrás de la tuberosidad del escafoides. Tras abrir la fascia profunda, los tendones tibial posterior y flexor largo de los dedos se retraen dorsalmente y el flexor largo del dedo gordo se retrae a plantar. Una vez identificados los fragmentos de la fractura se realiza reducción abierta de la misma con control de escopia y osteosíntesis con dos tornillos canulados de 4x65mm dirigidos uno de ellos a posterior y otro a plantar siguiendo la forma irregular del calcáneo (Fig. 3). El postoperatorio cursó sin complicaciones. Se mantuvo en descarga al paciente durante 6 semanas con posterior apoyo progresivo con dos muletas. Se realizaron controles clínicos y radiográficos a las 3 semanas, 6 semanas y 3 meses postoperatorios con consolidación de la fractura, balance articular completo y sin dolor.



CONCLUSIONES

Es importante tener una alta sospecha clínica para realizar un correcto diagnóstico y valoración de tratamiento definitivo. El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes con fracturas desplazadas >2mm, afectación articular o lesiones asociadas que precisen tratamiento quirúrgico.