

CASO 1

Fractura del labio troclear lateral del astrágalo

Jordi Franch.

Profesor Titular. Depto Medicina y Cirugía Animal.

Facultad de Veterinaria de Barcelona

jordi.franch@uab.es

CASO CLÍNICO:

Reseña e historia: Galgo macho. 3 años. 34kg. Presentación cojera aguda durante una carrera.

Exploración: Cojera 5/5 EPI (Fig.1). Dolor y crepitación a la palpación articulación del tarso. Resto sin relevancia clínica. Se realizan radiografías A/P y M/L del tarso y se observa densidad ósea anormal inmediatamente caudal a la cóclea tibial (Fig. 2) y línea de fractura en la zona troclear lateral del astrágalo (Fig. 4). Se realiza TAC para precisar lesiones y se confirma la fractura del labio troclear lateral del astrágalo y su desplazamiento caudolateral (Figs. 3 y 5).

Tratamiento: La ubicación subcoclear de la fractura impide la reducción con tornillo convencional por interferir la cabeza del mismo con el movimiento articular. Tras realización de osteotomía maleolar lateral, se plantea reducción con una aguja de 2mm con rosca central y perfil positivo implantada desde el aspecto lateral del labio troclear. La aguja se profundiza hasta que emerge por la cara mediodistal del tarso. A nivel del labio troclear se corta la aguja donde se inicia la rosca y desde el aspecto medial se va retirando la aguja hasta que la zona roscada ya no protuya en el aspecto lateral del labio troclear que se mantiene fijado con pinzas de reducción. Se reconstruye la osteotomía maleolar con banda de tensión y aguja proximal antirotacional (Fig. 6 y 7). Se aplica vendaje durante 2 semanas

EVOLUCION:

En el postoperatorio inmediato el paciente ya apoya con normalidad la extremidad. El apoyo normal se ratifica tras la retirada del vendaje y se mantiene hasta el último control postoperatorio 4 meses tras la cirugía (Fig. 9) período en el que se observa radiográficamente una completa consolidación de la fractura (Fig. 8)

COMENTARIOS:

La morfología escalonada del fragmento, el riesgo de una ulterior fragmentación, la compresión coclear axial y la estabilidad obtenida de la reducción hicieron innecesaria la colocación de una aguja antirotacional.



Fig. 1

Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9