

# **LUXOFRACTURA DE TALO HAWKINS III**

## **A PROPÓSITO UN CASO**

Autores: Santiago Vargas Henao, Máximo Nisander Iguarán  
Jiménez, Esteban Vallejo Tamayo

# Introducción

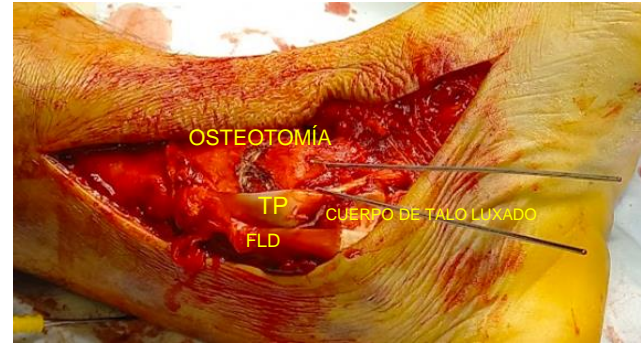
El talo tiene una anatomía muy particular, el 57% está cubierto por cartílago articular, su irrigación sanguínea está dada un 47% por la tibial posterior, 36% de la tibial anterior y el 17% de la peronea. Los brazos de la tibial posterior, de la arteria tarsal en el canal, son las que se anastomosan y llevan la irrigación al talo.(1)

Las fracturas del cuello representan un 50% de las fracturas del talo, siendo la dorsiflexión forzada el mecanismo de acción más común, donde el cuello trabecular es fracturado por el pilón tibial anterior, adicionalmente se rompen estructuras como el ligamento talocalcaneal y la cápsula tibiotalar anterior. Las luxofracturas con el ligamento deltoideo intacto, el talo suele desplazarse hacia la región medial, en el maléolo y el tendón de aquiles (como el caso de nuestro paciente). Si el ligamento deltoideo se rompe hace una extrusión talar. Las fracturas pueden ser abiertas en un 22% y asociadas a otras fracturas del pie, tobillo y de la columna en un 64%. La fractura con más frecuencia asociada en el tobillo es la fractura del maléolo medial en un 25%.(2)

Las fracturas de cuello se clasifican según la articulación afectada, basadas en observación del caso de Hawkins y Canale. En tipo I si no tiene desplazamiento, en tipo II si tiene una subluxación o luxación de la articulación subtalar, tipo III si tiene una lesión de la subtalar o de la tibiotalar, tipo IV si tiene un compromiso de la subtalar, de la tibia talar o de la talonavicular. (1)(3)

# Reporte de caso

Masculino 27 años, sin antecedentes de importancia, consulta por dolor y deformidad en tobillo izquierdo con limitación para la marcha posterior a trauma cerrado, sin déficit neurovascular. En imágenes iniciales, se diagnostica luxofractura de la cintura del talo, con fragmento desplazado hacia medial, con luxación de la articulación tibiotalar y de la subtalar (**Clasificación de Hawkins tipo III**); Asociado a fractura avulsiva de maléolo medial. Se intentó reducción cerrada la cual fue fallida. Se decide tratamiento definitivo 48 horas posterior al trauma con buen estado de partes blandas. Se incide inicialmente con abordaje medial de tobillo identificando interposición del tibial posterior en el foco de luxofractura, que impide la reducción del mismo, se procede a osteotomía tipo chevron de maléolo medial con exposición articular tibiotalar que permite la reducción del cuerpo con el cuello, se fija maléolo medial con dos tornillos canulados, se incide un segundo abordaje anteromedial de tobillo entre el extensor largo del hallux y el tibial anterior, se evidencia reducción anatómica de la fractura y fijación definitiva con dos tornillos corticales de 3,5mm. Buena evolución en el transoperatorio inmediato, por lo que se da de alta con seguimiento ambulatorio a los dos días. Con restricción del apoyo y signos de alarma. Se realizan revisión postoperatorios a los 15 días, mes y medio, y a los 6 meses, ya con heridas cicatrizadas sin dolor. Inicio de carga a las 8 semanas (Se anexan fotos clínicas y radiológicas).



Imagenes iniciales  
Imagenes iniciales

Condicion: Partes blandas



Seguimiento 6 meses

# Discusión

Las fracturas Hawkins tipo III es caracterizada por una fractura del cuello con luxación de la tibiotalar y de la subtalar. El cuerpo típicamente se extruye posteromedial, colocando el paquete en riesgo. En las cohortes recientes el riesgo de necrosis avascular es del 44%(2) Las fracturas del cuello, se consideraban una emergencia ortopédica, en el que la reducción inmediata disminuida la incidencia de necrosis; estudios recientes han mostrado, que no es verdad y que la necrosis está asociada a factores como si la lesión es abierta o no y la conminución del cuello. El tiempo está determinado por la calidad de las partes blandas, ya que el riesgo de complicaciones es entre 2-10%. Toda fractura del cuello requiere reducción urgente en el servicio de urgencias. Cuando las fracturas son irreductibles, se debería llevar a cirugía y hacer una reducción abierta, con una fijación interna como urgencia.(2)La combinación del abordaje anteromedial y anterolateral se usa para facilitar la reducción anatómica de las fracturas de cuello, desde medial a lateral. Mejor control en la reducción y visualización de ambos lados de la fractura se usa en las fracturas complejas, teniendo en cuenta que mal reducciones hacia varo o dorsales de 2 mm aumenta el riesgo de osteoartrosis en la subtalar hasta un 32%.(4)(1)

Cuando la fijación es estable, se puede iniciar movilización, cuando las heridas hayan sanado, si preocupa la integridad de la fijación o la estabilidad de la articulación subtalar o de la talonavicular, se recomienda una inmovilización por 6 semanas con yeso. Se retira el apoyo hasta que haya signos de consolidación suficientes radiológicos a las 6 semanas / 3 meses (2) Dentro de las complicaciones la más desastrosa es la necrosis avascular. Para disminuir el riesgo de necrosis hay factores de la lesión (el tiempo de la fijación, la extensión de la lesión, y la fijación provisional con pines para la reducción), quirúrgicos (el uso de doble abordaje, limitación de la disección del seno del tarso, el material usado para dejar una fijación rígida, )y posoperatorios (el signo de hawkins y el protocolo de cargar peso en el POP) que el cirujano tratante debe tener en cuenta.(5)

# Bibliografía

1. Lee C, Brodke D, Perdue PW, Patel T. Talus Fractures: Evaluation and Treatment. *J Am Acad Orthop Surg*. 2020;28(20):E878–87.
2. Buza JA, Leucht P. Fractures of the talus: Current concepts and new developments. *Foot Ankle Surg [Internet]*. 2018;24(4):282–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fas.2017.04.008>
3. Mechas CA, Aneja A, Nazal MR, Pectol RW, Sneed CR, Foster JA, et al. Association of Talar Neck Fractures With Body Extension and Risk of Avascular Necrosis. *Foot Ankle Int*. 2023;44(5):392–400.
4. Segura FP, Eslava S. Talar Neck Fractures: Single or Double Approach? *Foot Ankle Clin [Internet]*. 2020;25(4):653–65. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.fcl.2020.08.007>
5. Clare MP, Maloney PJ. Prevention of Avascular Necrosis with Fractures of the Talar Neck. *Foot Ankle Clin [Internet]*. 2019;24(1):47–56. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.fcl.2018.09.003>