

LESIONES OCULTAS EN LAS LUXACIONES PERIASTRAGALINAS

Cendrero Torrado A, Osuna González RA, Simón Sánchez FJ.
Hospital Virgen de las Nieves (Granada).

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones subastragalinas típicamente son secundarias a mecanismos de alta energía, el 25% pueden ser abiertas. El 65-80% corresponden a luxaciones subastragalinas mediales y se asocian a fracturas de cabeza del astrágalo, proceso posterior del astrágalo, o de escafoides. Las laterales pueden asociarse a fracturas de cuboides, calcáneo, peroné y proceso lateral del astrágalo. El diagnóstico se basa en la exploración física (pie bloqueado en supinación en luxaciones mediales y bloqueado en pronación en luxaciones laterales), radiografías de tobillo y pie, y TC postreducción. El tratamiento de elección es la reducción cerrada precoz e inmovilización. Hasta el 32% requieren reducción abierta. En caso de inestabilidad tras la reducción debemos realizar una fijación temporal transarticular.

El 89% se asocian a artrosis subastragalina postraumática aunque no siempre sintomática.



RESULTADOS

El paciente a los 8 presenta una deambulación indolora y no presenta signos de artrosis o necrosis avascular.



OBJETIVOS

Revisar el manejo de las luxaciones subastragalinas y de las lesiones asociadas a propósito de un caso.



MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente de 41 años que tras caída de un metro de altura sufre torcedura de tobillo derecho. A nuestra evaluación, presenta bloqueo del pie en supinación, dolor a la palpación de tobillo y 5º metatarsiano. En Radiografías AP y lateral de pie y tobillo apreciamos luxación subastragalina medial y fractura de 5º metatarsiano. Realizamos bloqueo anestésico del tobillo. Reducción cerrada manual suave satisfactoria. En TC postreducción apreciamos fractura oblicua de 5º metatarsiano, fractura del proceso posteromedial de astrágalo y avulsión del ligamento talonavicular en astrágalo. Mediante abordaje postero-interno, se realizó reducción abierta de la fractura de astrágalo y fijación con 3 tornillos canulados a compresión sin cabeza. Se decidió tratamiento conservador de 5º metatarsiano. Se inició carga parcial a los 3 meses.

CONCLUSIONES

Es fundamental la reducción precoz de las luxaciones subastragalinas para disminuir el riesgo de lesión neurovascular y sufrimiento de partes blandas. Debe realizarse TC post-reducción para descartar lesiones asociadas que pueden precisar tratamientos adicionales.

Bibliografía:

- Foot Ankle Clin. Treatment of Peripheral Talus Fractures. Shank JR, Benirschke SK, Swords MP. 2017 Mar
- Posteromedial Approach for Open Reduction and Internal Fixation of Talar Process Fractures. Andrew R. Hsu MD, John A. Scolaro, MD, March 3, 2016