

LUXACIÓN SUBASTRAGALINA LATERAL ABIERTA IRREDUCTIBLE CON INTERPOSICIÓN DEL TIBIAL ANTERIOR Y POSTERIOR

Autores: Soler Vasco, B. Jiménez de Cisneros Gutiérrez, A. Olmedo Palma, J.

INTRODUCCIÓN: Las luxaciones subastragalinas, también llamadas periastragalinas o astrágalo-escafo calcáneas, conforman una entidad en la que existe una **luxación astrágalo-calcánea y astrágalo-escafoidea preservándose la mortaja tibio-astragalina**. Es una entidad rara, supone el **1% del total de luxaciones** y, de éstas, sólo son abiertas del 10 al 40%. Se producen por **traumatismos de muy alta energía**. Broca las clasifica en luxación medial que es la más frecuente (85%) que se produce por inversión de tobillo, lateral (15%) por evasión, y la luxación anterior o posterior que son extremadamente raras.



Figura 1: exposición del astrágalo a través de la piel

OBJETIVO: Presentar un caso de luxación subastragalina lateral abierta y su manejo Urgente.

MATERIAL Y METODOLOGÍA: Se presenta el caso de una paciente de 56 años que acude al servicio de Urgencias de nuestro hospital por un **accidente de tráfico de impacto frontal**. A la inspección se aprecia acusada **deformidad** de tobillo izquierdo en **valgo** y en la cara medial del mismo, **herida** de unos 10 cm con **exposición ósea** (figura 1). En la radiografía simple se visualiza **luxación subastragalina lateral** (figura 2).



Figura 2: radiografía de luxación subastragalina

RESULTADOS: Con el diagnóstico de **luxación subastragalina abierta tipo IIIA** se inicia profilaxis antibiótica y se procede a lavado profuso en quirófano y **reducción** de la luxación **tras la liberación de los tendones tibial anterior y posterior interpuestos** en la articulación. Se realiza Friedrich de la herida y se aproximan bordes cutáneos. Se comprueba estabilidad y se inmoviliza con férula suropédica. La paciente precisó de dos curas bajo anestesia para conseguir el cierre completo de la piel. Tras completar tratamiento antibiótico y comprobando la ausencia de alteraciones vasculonerviosas se procede a alta hospitalaria. En revisiones posteriores **no se hallaron complicaciones de la herida ni signos de necrosis astragalina**. Actualmente la paciente se encuentra en rehabilitación.



CONCLUSIONES: Las luxaciones subastragalinas son **raras especialmente las laterales**. El **pronóstico** de éstas, además, es algo **más desfavorable** que las mediales porque implica más energía lesiva y, por tanto, mayor asociación a fracturas o lesiones abiertas. Precisan de exploración exhaustiva y **reducción urgente** por el potencial daño de las partes blandas. Generalmente es suficiente con la reducción y **la inmovilización posterior de 4 a 6 semanas** como tratamiento.

Figura 3: Radiografías de control postreducción e imagen de la primera aproximación de la piel.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Osamu Nomura, MD,corresponding author 1 , 2 Ryoji Murao, MD, 2 and Hiroshi Kitahara, MD 2, Journal of general and family medicine. A case of the total talus dislocation. 2017
2. Giannoulis D, Papadopoulos DV, Lykissas MG, et al. Subtalar dislocation without associated fractures: Case report and review of literature . *World J Orthop* 2015 April 18; 6(3): 374-379
3. Bali K, Kumar V, Bhagwat K, et al. Closed posterior subtalar dislocation without any associated fracture: a case report and review of the literature. *Foot Ankle Surg* 2011; 17: e40-e42
4. Garofalo R, Moretti B, Ortolano V, et al. E. Peritalar dislocations: a retrospective study of 18 cases. *J Foot Ankle Surg* 2004; 43: 166-172

