

M. Reoyo Segura; M. Fernández-Lopesino, M Ezquerro Cortés, C. Reguero González, E. Sánchez-Román, B. Quesada García

Hospital Nuestra Señora del Prado (Toledo)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La luxación de tobillo sin fractura asociada es una entidad rara generalmente asociada a traumatismos de alta energía como accidentes de tráfico (40%) o accidentes deportivos (35%). Nuestro objetivo es mostrar nuestra experiencia en el manejo de este tipo de lesión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 20 años que presenta luxación abierta de tobillo derecho tras caída desde un carro de caballos.

A la exploración se visualiza toda la mortaja tibioperonea distal con el pie en inversión encajado en el lado maleolar interno a través de una herida de aproximadamente 7 cm. No se palpa pulso pedio (Fig.1).

Radiológicamente se confirma la luxación de la articulación sin fractura asociada (Fig.2).



Fig.1



Fig. 2

Se instauró antibioterapia empírica (Cefazolina 2g IV + Gentamicina 240mg IV) y bajo anestesia raquídea se procede a lavado de la articulación y reducción abierta recuperándose pulsos. En un mismo tiempo se procede a reparación de la capsula anterior y externa, que se encontraba totalmente avulsionada, y del retináculo de los peroneos, que se encontraban luxados, con sutura reabsorbible (Fig.3) . Finalmente se inmoviliza con férula bivalva.

Además, la paciente presentaba fractura-aplastamiento <25% de L1 y L2 sin afectación del muro posterior ni compromiso neurológico que fueron tratadas ortopédicamente con marco de hiperextensión tipo Jewett.



DCH.



Fig. 4

DCH.



DCH.



DCH.

RESULTADOS

El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias. Se realizaron controles cada 3 semanas (Fig.4). En la 6ª semana se retira inmovilización con férula y comienza tratamiento rehabilitador del tobillo con buena evolución. El marco de hiperextensión se mantuvo hasta completar 2 meses presentando evolución clínica y radiológica satisfactoria.

CONCLUSIONES

- La escasa experiencia en el tratamiento de esta patología hace que no exista consenso sobre su manejo.
- La reducción temprana y el cuidado básico de las heridas son fundamentales para una buena evolución.
- Una adecuada reparación capsulo-ligamentosa seguida de inmovilización entre 6 y 9 semanas ha demostrado buenos resultados en el tratamiento de estas luxaciones. No obstante, algunos autores defienden que la reparación aguda de partes blandas no es necesaria y que está puede ser estudiada de manera diferida y reparada si la inestabilidad persiste.