

LUXACIÓN PERIASTRAGALINA MEDIAL PURA IRREDUCTIBLE, un caso poco frecuente.

DRA. SARA SÁNCHEZ LÓPEZ. 1; DRA. JOSEFA ANDRES GRAU. 2; DR. MIGUEL ANGEL SANCHEZ CARRASCO. 3; DR. DANIEL SÁNCHEZ MARTÍNEZ. 3;

- 1. HGU. Rafael Méndez, Lorca, Murcia
- 2. HGU. Los Arcos, San Javier, Murcia
- 3. HGU. Santa Lucía, Cartagena. Murcia

INTRODUCCIÓN

La luxación periastragalina sin fracturas asociadas es una entidad rara(1% de las luxaciones).El tratamiento estandarizado es reducción urgente cerrada bajo anestesia general e inmovilización con yeso cerrado.Sólo un 10% de los casos requieren reducción abierta.

OBJETIVOS

Se presenta un caso de luxación irreducible que requirió doble abordaje quirúrgico para conseguir la reducción.Se describirán los posibles mecanismos que ocasionan esta complicación y su manejo según el tipo de luxación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 32 años que acudió a urgencias con dolor,deformidad e impotencia funcional de tobillo y pie derechos.Presentaba pie supinado y en aducción.Mediante radiografías se diagnosticó de luxación periastragalina medial sin fracturas aparentes.Se intenta reducción cerrada bajo anestesia general resultando imposible,procediendo a reducción abierta que precisa doble abordaje,medial y lateral para conseguirla,al estar interpuesta la cápsula astrágalo-escafoidea y fragmentos osteocondrales.Tras reducción y comprobación de estabilidad clínica y radiológica se inmoviliza con botín de yeso cerrado y se solicita TC de control que informa de congruencia articular y lesiones osteocondrales.

RESULTADOS

Se mantuvo inmovilización seis semanas:cuatro con botín de yeso y dos con bota ortopédica tipo Walker,iniciando carga parcial y movilidad pasiva tras retirada del yeso.A las ocho semanas caminaba sin ayudas por domicilio y a los tres meses con carga completa y realizando actividades diarias.Tras seis meses no presenta dolor o inestabilidad y ha retomado sus actividades deportivas.

CONCLUSIONES

La luxación periastragalina implica las articulaciones astrágalo-calcánea y astrágalo-escafoidea pero no la tibioastragalina.Se clasifica en tres tipos:medial, lateral y posterior,siendo la primera la más frecuente (85%).El tratamiento estandarizado es reducción cerrada urgente bajo anestesia general.En el 10-32% de los casos precisará reducción abierta.Las causas más frecuentes de esta complicación son la interposición del tibial posterior desplazado sobre maléolo medial por la rotura del retináculo flexor.También atrapamiento del flexor largo de los dedos,de la cabeza del astrágalo a través del extensor corto de los dedos,retináculo extensor,ligamento astrágalo-escafoideo,cápsula astrágalo-escafoidea (como en nuestro caso)o por fracturas osteocondrales.

