



REVISTA DEL PIE Y TOBILLO

www.elsevier.es/rptob



NOTAS CLÍNICAS

Luxación periastragalina medial cerrada sin fracturas asociadas. Caso clínico

Gardino Emiliano*, Baudino Ricardo, Cánepa Martín y Ríos Julián

Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Dr. Mario V. Larraín, Berisso, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Recibido el 26 de febrero de 2016; aceptado el 9 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 17 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Luxación;
Astrágalo;
Cerrada

Resumen

Introducción: Las luxaciones periastragalinas generalmente se producen en jóvenes varones activos, como resultado de un traumatismo de alta energía. Se clasifican en 3 tipos, de acuerdo a la dirección del pie en relación con el astrágalo. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de una luxación periastragalina medial cerrada, sin fracturas asociadas.

Caso clínico: Paciente de 18 años de edad asistido por el equipo médico de guardia, presenta dolor, tumefacción, deformidad e impotencia funcional del tobillo y pie derechos, muestra pie supinado y en aducción después de accidente deportivo (baloncesto).

Resultados: Se obtuvo la reducción bajo manipulación cerrada, y se objetivó correcta estabilidad mediante intensificador de imágenes. Se inmovilizó con bota de yeso almohadillada. El paciente, al tercer mes de seguimiento, vuelve al entrenamiento y regresa a la actividad competitiva al cuarto mes. Al año de seguimiento presenta una puntuación de 98 de la escala AOFAS.

Conclusión: En la resolución de este caso se priorizó la rápida reducción de la luxación y la evaluación de la estabilidad con el intensificador de imágenes. Luego del período de inmovilización se hizo hincapié en la rehabilitación fisiocinética, permitiendo al paciente regresar a la competición al cuarto mes de la lesión.

© 2016 SEMCPT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Dislocation;
Talus;
Closed

Dislocation peritalar medial closed without fracture associated. Clinical case

Abstract

Introduction: Peritalar dislocations usually occur in young active males as a result of high energy trauma. They are classified into three types according to the direction of the foot relative to

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emiliano.gardino@hotmail.com (G. Emiliano).

the talus. The aim of this paper is to present a case of a medial dislocation peritalar closed without associated fractures.

Case report: Eighteen year old medical team assisted by guard having pain, swelling, deformity and loss of function of ankle and foot rights, presenting supinated foot and adducted after sports accident (basketball).

Results: Closed reduction under proper handling and stability was obtained was observed by image intensifier. He was immobilized with plaster padded boot. The patient returns to the third month follow-up training and competitive activity returns to the fourth month. Year follow-up presents a score of 98 of the AOFAS scale.

Conclusion: The resolution of this case the rapid reduction of dislocation and stability assessment with the image intensifier prioritized. After the period of immobilization he stressed the fisioinética rehabilitation, allowing the patient to return to competition fourth month of the injury.

© 2016 SEMCPT. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La luxación periastragalina, generalmente se produce en jóvenes varones activos, como resultado de un traumatismo de alta energía (70% de los casos), y acompañada por fracturas de los maléolos, el astrágalo o el 5.º metatarsiano. Se clasifican en 3 patrones diferentes (medial, lateral y posterior), de acuerdo con la dirección del pie en relación con el astrágalo. La luxación medial es la forma más común (85% de los casos)¹. El pronóstico de este tipo de lesiones está dominado por el riesgo de osteonecrosis y de las lesiones asociadas que se producen (fracturas maleolares, del escafoides tarsiano y del calcáneo)¹⁻³. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de una luxación periastragalina medial cerrada, sin fracturas asociadas, en un jugador de baloncesto.

Caso clínico

Paciente varón de 18 años de edad, que asistido por el equipo médico de guardia presenta dolor, tumefacción, deformidad e impotencia funcional a expensas del tobillo y pie derechos (fig. 1). Había sufrido accidente deportivo, presentando el pie supinado y aducido durante la práctica de baloncesto (fig. 2).

Se realizan radiografías (Rx) y tomografía computarizada (TC) (figs. 3 y 4), donde se diagnostica «luxación periastragalina medial cerrada». Se realiza reducción cerrada bajo anestesia (bloqueo raquídeo) e inmovilización.

Resultados

Se obtuvo la reducción de forma ortopédica (cerrada) y se comprobó estabilidad mediante intensificador de imágenes. Se inmovilizó con bota de yeso almohadada y, posteriormente se realizaron Rx y TC posreducción (figs. 5 y 6).

Se hicieron controles semanales (fig. 7) hasta el primer mes; luego mensualmente hasta el medio año, con el último control a los 12 meses (fig. 8).



Figura 1 Pie y tobillo derecho al momento de la consulta.



Figura 2 Imagen que ilustra el mecanismo de lesión.

Se obtuvo un resultado muy satisfactorio, ya que el paciente al tercer mes seguimiento vuelve al entrenamiento y regresa a la actividad competitiva al cuarto mes. Al año de seguimiento presenta una puntuación de 98 de la escala AOFAS⁴ (fig. 9).



Figura 3 Radiografías de la lesión.



Figura 4 TC de la lesión (cortes axiales y reconstrucción 3D).



Figura 5 Rx posreducción inmediata.

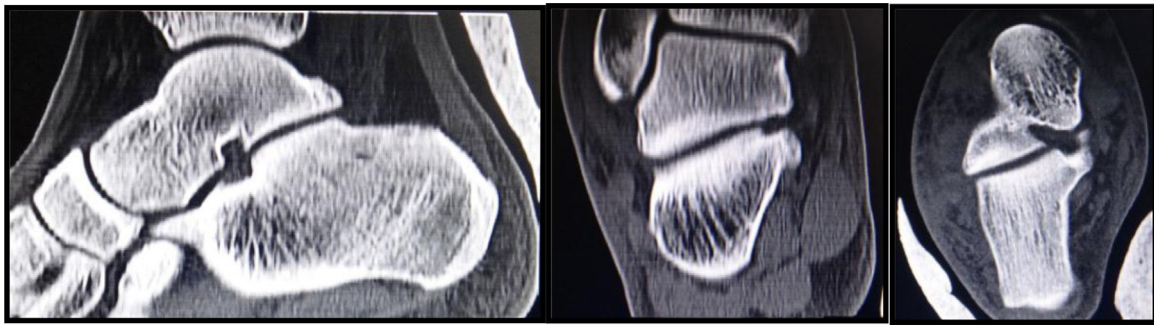


Figura 6 TC posreducción inmediata (cortes sagital, coronal y axial).



Figura 7 Rx de control a los 7 días.



Figura 8 Radiografías de control al año de seguimiento.

Discusión

La inversión forzada después de una caída con pie supinado es el mecanismo lesional más común (*basketball foot*)¹. La entidad de una luxación periastragalina pura aislada es extremadamente rara¹⁻³. Dada la estabilidad intrínseca del tobillo, una luxación cerrada aislada, sin fracturas asociadas, es probable que sea el resultado de un defecto anatómico de los huesos o el tejido blando de la zona que

predispone a la articulación para luxarse. Con tales insuficiencias, una fuerza menor aplicada puede causar este tipo de luxaciones. Se han reportado complicaciones como la reducción de la amplitud de movimiento, la rigidez de la articulación, la inestabilidad residual, la osteonecrosis del astrágalo y los principios de la osteoartritis¹⁻³. Se recomienda la reducción inmediata bajo anestesia para evitar complicaciones de tejidos blandos y reducir las posibilidades de necrosis avascular. En aproximadamente el 10% de



Figura 9 Control clínico al año de seguimiento.

las luxaciones periastragalinas se requiere una reducción abierta¹.

Conclusión

En la resolución de este caso se priorizó la rápida reducción de la luxación y la evaluación de la estabilidad con el intensificador de imágenes. Se mantuvo la inmovilización durante 6 semanas (4 con bota corta de yeso y 2 con bota Walker), y a la cuarta semana se indicó movilidad pasiva y apoyo progresivo del peso corporal. Luego del período de inmovilización se hizo hincapié en la fisiocinética y así el paciente al cuarto mes de seguimiento vuelve a la competición.

Conflicto de intereses

Os autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gantsos A, et al., Giotis D, Giannoulis DK, Vasiliadis HS, Georgakopoulos N, Mitsionis GI. Conservative treatment of closed subtalar dislocation: A case report and 2 years follow-up. *The Foot*. 2013;23:107–10.
2. Heylen S, de Baets T, Verstraete P. Closed total talus dislocation: A case report. *Acta Orthop Belg*. 2011;77:838–42.
3. Nanjayan SK, Broomfield J, Johnson B, Patel A, Srivastava S, Sinha A. Total dislocation of the talus: A case report. *Foot Ankle Spec*. 2014;7:71–3.
4. Kitaoka HB, Alexander IJ, Adelaar RS, Nunley JA, Myerson MS, Sanders M. Clinical rating systems for the ankle-hindfoot, midfoot, hallux, and lesser toes. *Foot Ankle Int*. 1994;15:349–53.