

Influencia pronóstica del tiempo de reducción de la luxación periastragalina en adolescentes: a propósito de dos casos.

A. Achaerandio de Nova¹, G. Plaza Fernández², M. Pardo Coello², E. Franco Peris³, B. Parra Ruiz³, V. García Martín⁴.

1- Hospital General Universitario de Albacete, 2- Hospital General Tomelloso, 3- Hospital General Almansa, 4- Hospital Universitario del Tajo

INTRODUCCIÓN:

La luxación periastragalina constituye menos del 1% de todas las luxaciones¹. En el 80% de casos la luxación es medial². Una reducción precoz y bajo anestesia es fundamental para un buen resultado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisar la bibliografía acerca de la luxación periastragalina medial a propósito de 2 casos en cuanto a resultados clínicos, de tratamiento y pronóstico.

CASO 1

- Mujer de **14 años** con luxación periastragalina medial tras inversión del tobillo jugando al baloncesto (Figuras 1 y 2).
- Intento insatisfactorio de reducción cerrada por personal no especializado.
- Horas después reducción y **osteosíntesis con 2 AK** (escafoastragalina y calcaneoastragalina) por inestabilidad residual (Figuras 3 y 4).
- El TC detectó una pequeña fractura desplazada de la vertiente medial del astrágalo.

CASO 2

- Mujer de 15 años con luxación periastragalina medial tras caída del caballo (Figura 5).
- Reducción cerrada inmediata satisfactoria (Figuras 7 y 8).
 - El TC detectó una ruptura de la cortical medial del astrágalo (Figura 6).



Figuras 1 y 2: Rx AP y lateral tobillo izquierdo

Figuras 3 y 4: Rx AP y lateral tobillo izquierdo tras reducción cerrada y osteosíntesis



Figura 5 : Rx AP tobillo izquierdo

Figura 6: TC proyección AP tobillo

Figuras 7 y 8: Rx AP y lateral tobillo izquierdo

- **Postoperatorio** → Férula suropédica sustituida a las 6 semanas por una bota ortopédica articulada y a las 8 semanas inicio de carga y EMO.
- Por **persistencia del dolor** y una cicatriz hipertrófica → RMN → Sinovitis, lesión del lig. peroneo astragalino y edema óseo en astrágalo.
- Tras 3 infiltraciones de PRP, reanudó su rutina normal, **con molestias ocasionales para el deporte**. Actualmente su seguimiento es de más de 2 años.

- **Postoperatorio** → La férula suropédica fue sustituida a las 4 semanas por una bota articulada. A las 6 semanas se inició la carga.
- Actualmente la paciente está **asintomática** tras 1 año y 3 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

- **Las complicaciones** más frecuentemente asociadas son la necrosis del astrágalo, infección y artrosis postraumática.
- Existe controversia acerca de los factores pronósticos que realmente influyen en el resultado final. Para algunos autores lo más importante es la infección³; para otros si la lesión fue abierta o cerrada, la existencia de fracturas periastragalinas asociadas² o el tiempo hasta la reducción¹. Para nosotros este último factor ha sido fundamental, ya que es la principal diferencia entre ambos casos y pudo condicionar la inestabilidad residual del caso 1. Ésta se ha relacionado con mayor sufrimiento de partes blandas, necrosis avascular y lesión osteocondral². Además sólo se produce en el 10-20% de este tipo de lesiones y es más frecuente en traumatismos de alta energía o luxaciones laterales.

CONCLUSIÓN

Una reducción precoz y bajo anestesia general o espinal es fundamental para el pronóstico de estas lesiones, y puede disminuir la tasa de inestabilidad residual, tiempo de inmovilización, necesidad de cirugía adicional y sufrimiento de partes blandas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 – Pehlivan o, Akmaz I, Solakoglu C, Rodop O. Medial peritalar dislocation. Arch orthop Trauma Surg. 2002;122(9-10):541-3.
- 2 - Camarda L1, Abruzzese A2, La Gattuta A2, Lentini R2, D'Arienzo M3. Results of closed subtalar dislocations. Musculoskelet Surg. 2016;100(1):63-69.
- 3 - Edmunds I, Elliott D, Nade S (1991) Open subtalar dislocation. Aust N Z J Surg. 1991;61:681-686.