fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

CASO CLÍNICO

Luxación total del astrágalo. A propósito de un caso.

Total dislocation of the talus. Report of a case.

Antonio David Sánchez–González[1] , José Luis Rivero, María Isabel Jiménez-Ramos[2].
1.- Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital de Alta Resolución de Écija
2.- Residente 4º año de Medicina de Familia y Comunitaria, en el Centro de Salud, Virgen del Valle de Écija
Correspondencia: Dr. Antonio David Sánchez. dr.adsanche@gmail.com

Citar como: Sánchez–González AD, Rivero JL, Jiménez-Ramos MI. Luxación total del astrágalo. A propósito de un caso. fml. 2013; 17(7):4p

Recibido el 18/10/2012
Aceptado el 10/12/2012
Publicado el 30/01/2013

Palabras clave (MeSH): Luxación, astrágalo

Resumen
Las fracturas y luxaciones del astrágalo tras el tratamiento tienen resultados pobres debido al gran número de complicaciones que presentan. Entre ellas cabe destacar las infecciones, necrosis avascular u la artrosis postraumática.

Keywords (MeSH): Dislocation, talus

Abstract
Fractures and dislocations of the talus after treatment have poor results because of the large number of complications that arise. These include infection, avascular necrosis or post-traumatic osteoarthritis.

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons: Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

Datos de interés

Las fracturas y luxaciones del astrágalo tienen tras el tratamiento resultados pobres debido al gran número de complicaciones
El mecanismo lesional más frecuente suele ser el accidente de tráfico seguido de las caídas de altura
Una luxación de astrágalo, sea abierta o cerrada, constituye una urgencia inmediata.
Entre las complicaciones cabe destacar: Infección, Necrosis avascular, Artrosis postraumática.

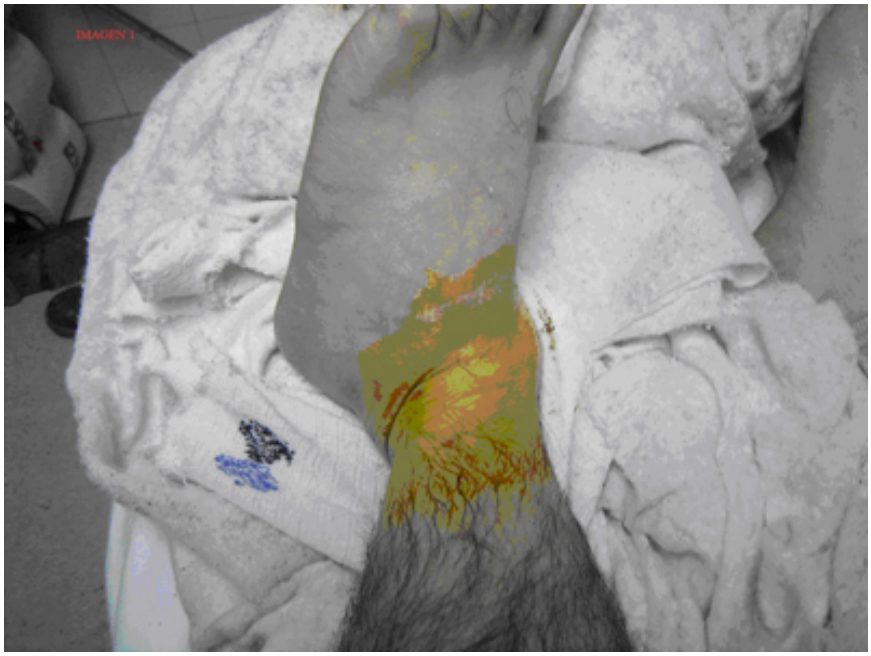

Imagen 1

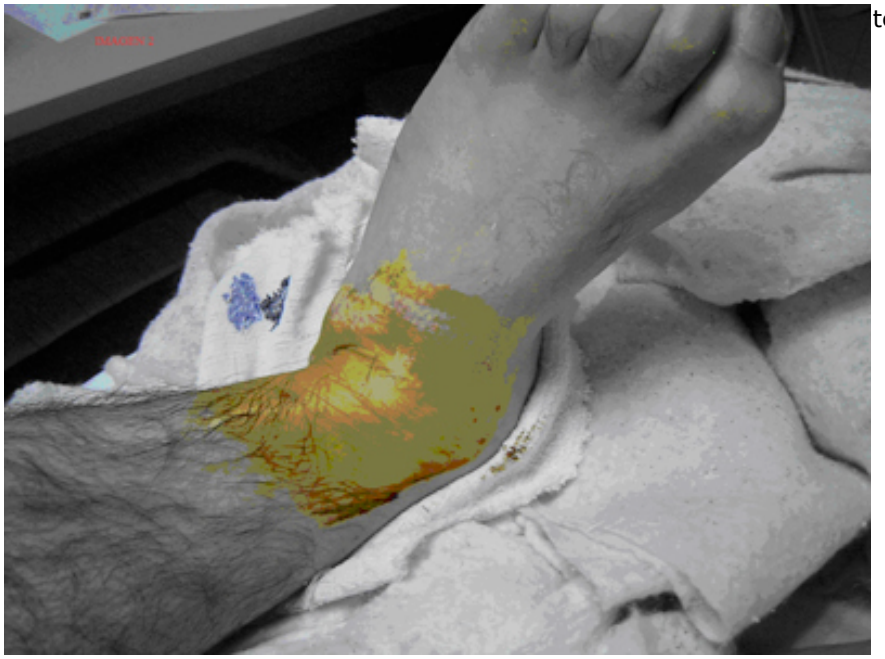

Imagen 2

Introducción

Las fracturas y luxaciones del astrágalo constituyen el 3.4% de todas las fracturas del pie(1). Los resultados tras el tratamiento suelen ser pobres debido al gran número de complicaciones. Además, esta lesión puede asociarse a otras fracturas del área del pie como las fracturas maleolares, escafoides tarsiano, cuboides y de los metatarsianos. Más específicamente, la luxación total del astrágalo es una lesión rara en la que dicho hueso está fuera de la mortaja del tobillo así como de las articulaciones subastragalina y astrágaloescafoidea. Suponen un 1% de todas las luxaciones traumáticas(2). Dentro de la rareza, la luxación total externa del astrágalo es más frecuente que la interna ya que las lesiones por inversión son más frecuentes que las producidas por eversión. El 75% de estas lesiones pueden ser abiertas. El mecanismo lesional más frecuente suele ser el accidente de tráfico seguido de las caídas de altura(3). En la serie de Bernáldez Domínguez et al, describen 7 casos de luxaciones puras de astrágalo siendo 5 casos luxaciones mediales. De los 7 casos sólo uno precisó reducción abierta.

Una luxación de astrágalo, sea abierta o cerrada, constituye una urgencia inmediata.

La reducción a su vez puede ser cerrada o abierta. Si con la reducción cerrada conseguimos llevar el astrágalo a la mortaja se usará una inmovilización durante al menos ocho semanas. En caso de

varios meses.

Entre las complicaciones cabe destacar:
Infección.
Necrosis avascular.
Artrosis postraumática.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente varón de mediana edad, sin antecedentes de interés, que tras sufrir caía de unas escaleras en su medio laboral refiere dolor, deformidad e impotencia funcional del pie izquierdo (Imagen 1 y 2).

Ante la deformidad evidente del tobillo se decide infiltrar la articulación con mepivacaína y se traslada al quirófano para comprobar mediante radioscopia el alcance de la lesión (Imagen 3).

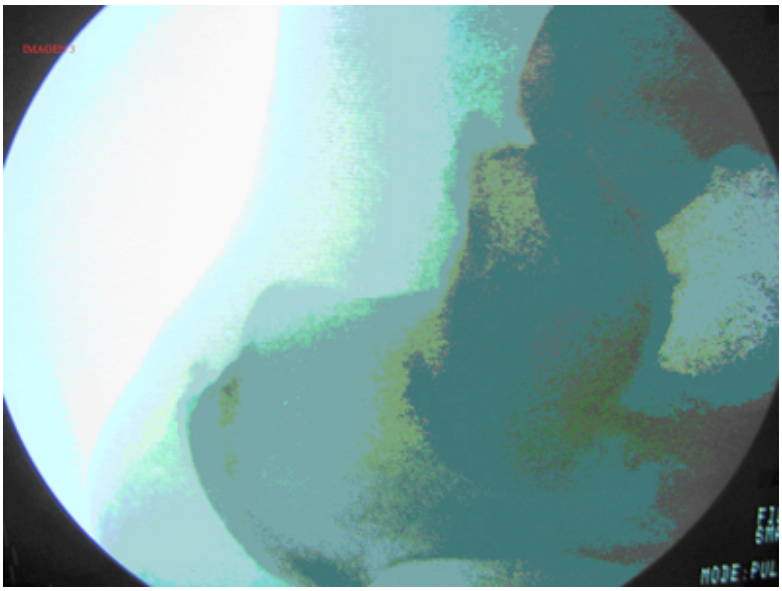

Imagen 3

Con el diagnóstico de luxación medial pura de astrágalo se decide reducción cerrada siendo imposible por encontrar tope en las maniobras que impedían la misma. Se decide realizar una incisión sobre el área de la lesión mediante abordaje medial ampliado (Imagen 4).

Tras la reducción abierta se comprobó una importante inestabilidad de la lesión y se decidió estabilizarla mediante agujas y yeso (Imagen 5 y 6).

Posteriormente a la reducción se implantó tratamiento corticoideo y se trasladó a los pocos días al hospital de su mutua laboral para continuar el proceso. Al alta de nuestro servicio la herida no tenía signos de infección aunque se observaba una zona de sufrimiento cutáneo en la región más distal de la misma. Según nos refirió el paciente meses después se trató en su mutua de un área de necrosis cutánea que evolucionó lenta pero satisfactoriamente sin precisar injerto cutáneo. A los seis meses de producirse la lesión no tenía signos de necrosis avascular en el astrágalo y su rango de movimiento tras la rehabilitación era funcional.

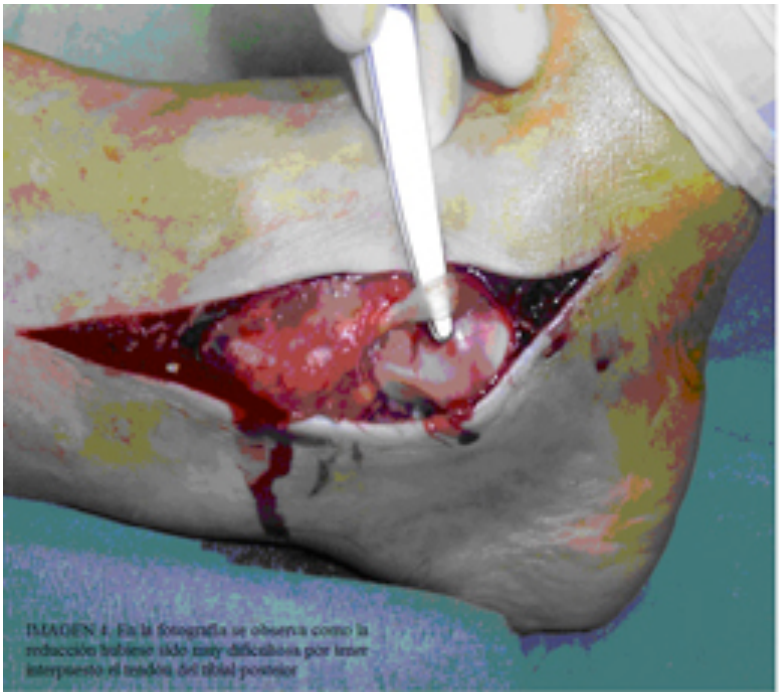

Imagen 4

Discusión

Las luxaciones del astrágalo constituyen una verdadera urgencia médica y quirúrgica. Como se ha referido anteriormente representan un 1% de todas las luxaciones traumáticas(2) con lo cual podemos decir que se trata de un problema infrecuente y de difícil manejo. Del seguimiento a largo plazo de este tipo de lesiones sabemos que sus pobres resultados se deben a la aparición de una artrosis secundaria que puede llevar al cirujano en un segundo tiempo a realizar una artrodesis de algún segmento del tobillo. Los porcentajes de aparición de esta complicación varían según los estudios. Higgins y Braumgaerther(1) encontraron entre un 36 y un 75% de osteoartrosis en las fracturas tipo II de Hawkins y entre un 69 y un 100% en las fracturas tipo III. Mateos et al describen un porcentaje de aparición de osteoartosis de hasta el 41% (4). Los tipos de osteoartrosis descritas son las que afectan a las articulaciones subastragalina, tibioastragalina y talonavicular.

Con respecto a la necrosis avascular parece ser más frecuente en las lesiones del astrágalo que llevan

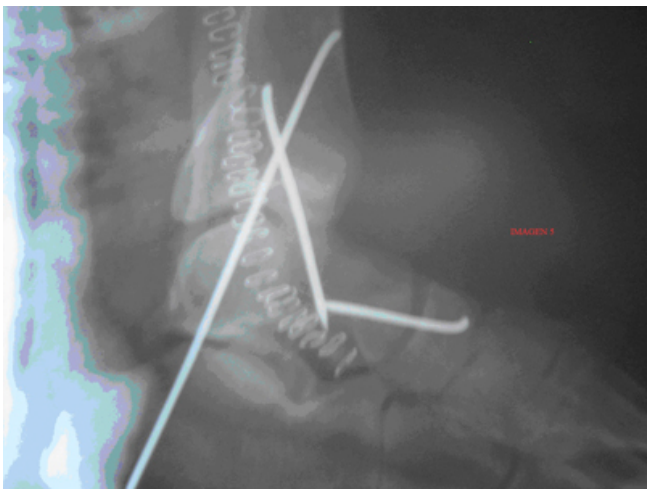

Imagen 5

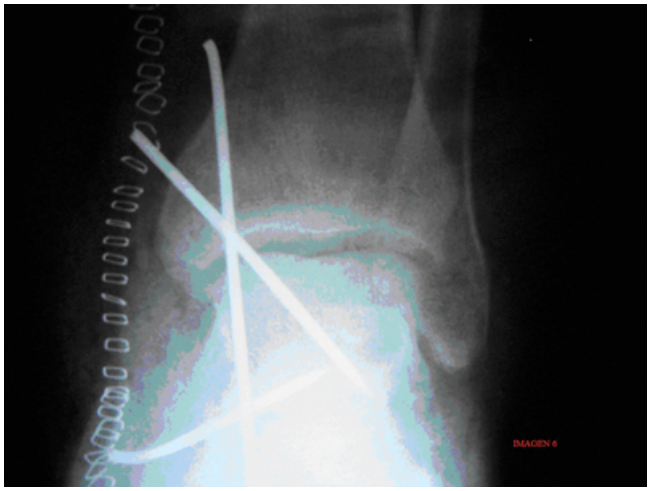

Imagen 6

asociada una fractura del mismo. En este sentido Bernaldez Domínguez et al(3) refieren en su serie de 7 casos de luxación de astrágalo no haber observado ninguna necrosis avascular mientras que este porcentaje se eleva a un 22.58% en los casos de fractura del astrágalo. Hawkins refiere que la tasa de necrosis en las fracturas englobadas en el grupo I era del 0%, en el grupo II del 42% y en el grupo III del 74% (5). Las fracturas del cuerpo del astrágalo presentan un mayor riesgo de complicarse con una necrosis avascular que las fracturas del cuello (6).

En cuanto a la infección tanto de la herida como del hueso (osteomielitis), ocurren típicamente después de las lesiones abiertas del astrágalo asociadas a contaminación o necrosis cutánea. En nuestro caso, pese a la zona de piel que se necrosó a los pocos días de sufrir la lesión no se sobreinfectó y evolucionó satisfactoriamente.

Conclusión

Estamos ante un diagnóstico de gravedad. La reducción precoz y la estabilización, así como los cuidados posoperatorios inmediatos y a lo largo de la evolución del proceso son de vital importancia. El enfermo desde su ingreso debe entender que está ante un proceso grave para la funcionalidad de su pie y que puede tener consecuencias trágicas para el mismo. La gravedad y el largo tiempo de evolución y tratamiento deben llevar al profesional a no establecer falsas esperanzas de forma prematura. Debemos condicionar una buena red de seguridad en la relación con nuestro paciente y seguirlo de cerca para diagnosticar las complicaciones que vayan apareciendo. Sólo así, el tratamiento será completo y satisfactorio.

Bibliografía

1.- Higgins TF et al. Diagnosis and treatment of fracture of the talus: a comprehensive review of the literature. Foot Ankle Int. 1999; 20: 595-605.
2.- Llanos Alcázar LF et al. Luxaciones del pie. Curso Básico Fundación SECOT; 2000.
3.- Bernáldez Domínguez P et al. Tratamiento y complicaciones de las fracturas y luxaciones de astrágalo. Rev. S. And. Traum. y Ort., 2007; 24-25: 32-47.
4.- Mateos et al. Fracturas de cuello y cuerpo del astrágalo. Rev Med Cir Pie. 1998; XII: 53-6.
5.- Hawkins LG. Fractures of the neck of the talus. J Bone Joint Surg. 1970; 52: 991-1002.
6.- Thordarson DB. Talar body fractures. Orthop Clin North Am. 2001; 32: 65-77.