

LESIÓN POCO COMÚN EN URGENCIAS: UN CASO DE LUXACIÓN SUBASTRAGALINA LATERAL ABIERTA E IRREDUCTIBLE

Alba Gómez Sánchez, Juan David Serrano Alonso, Mónica Fernández de León, Daniel Bustamante Recuenco, Álvaro Cortiñas Gonzalez.

OBJETIVOS: Presentar un caso de luxación subastragalina lateral y revisar la literatura existente de cara a su manejo urgente y a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

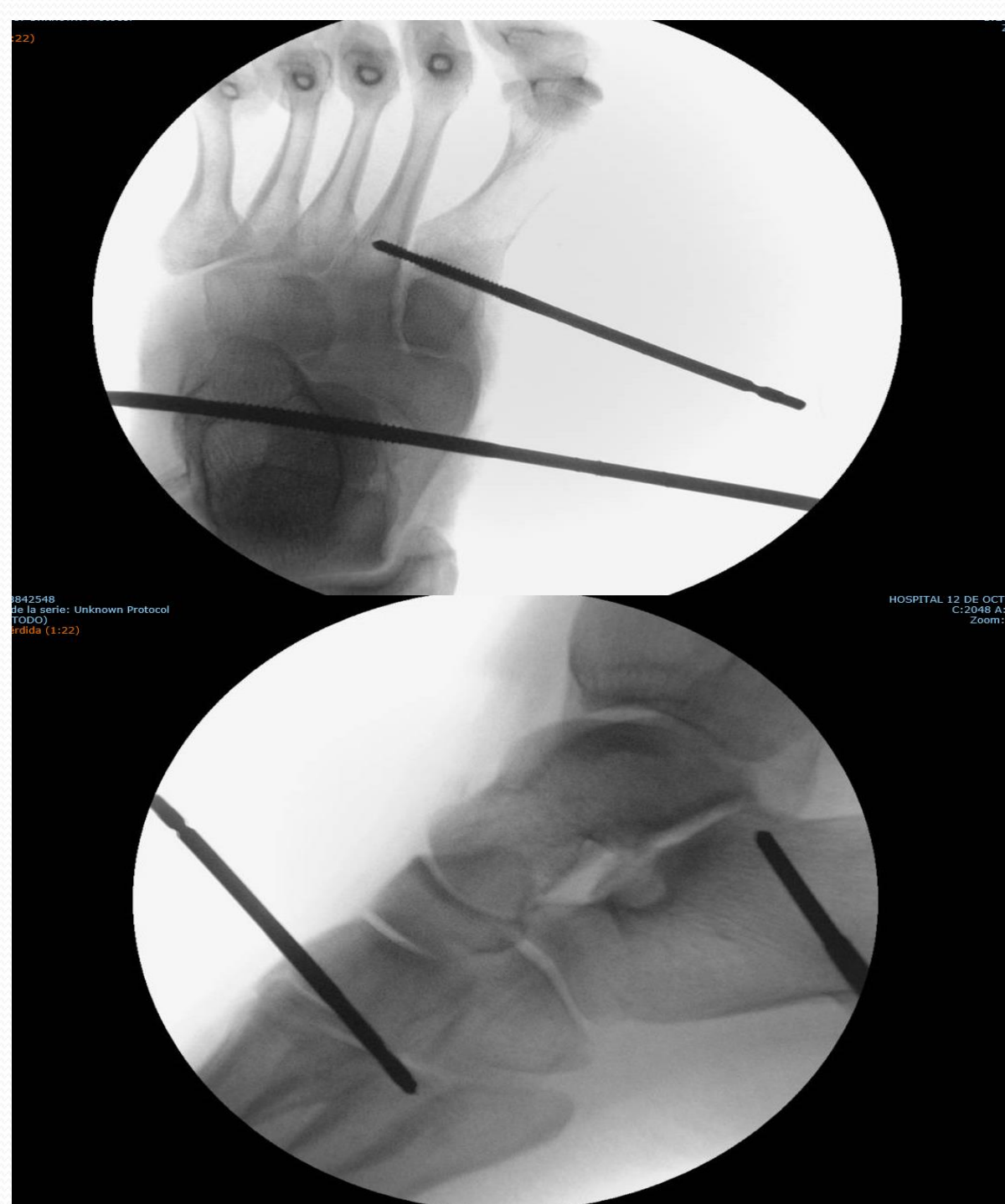
Varón de 36 años que acude a urgencias por accidente laboral de alta energía sobre tobillo izquierdo. Preseta: luxación subastragalina lateral abierta Gustilo IIIA, pulso tibial posterior negativo y pedio positivo.

Se administra antibioterapia y se realiza cirugía urgente donde se aprecia: flexor común de los dedos desinsertado proximalmente, luxación irreductible por interposición del tibial posterior. Se realiza reducción mediante tracción + valgo + movilización posteromedial de tendón interpuesto.



Se coloca fijador externo. Se realiza lavado y desbridamiento quirúrgico y cierre primario. Estatus neurovascular normal.

Se traslada a mutua laboral (FREMAP Majadahonda). Se retira fijador a las 3 semanas y se realizan radiografía en carga y RMN donde se identifica articulación congruente, distrofia ósea y fractura de la tuberosidad externa y cúpula talar. En la exploración presenta aplanamiento del arco longitudinal. Comienza carga con dos muletas y plantilla.



RESULTADOS:

Actualmente, a los 5 meses de la lesión: dolor ocasional, balance articular completo, camina con ayuda de dos muletas (sin ellas en domicilio).

CONCLUSIONES:

Las luxaciones subastragalinas son lesiones poco comunes asociadas a traumatismos de alta energía. Se clasifican según el desplazamiento del pie en relación con el astrágalo, siendo las luxaciones laterales las segundas en frecuencia. El 70% de las luxaciones laterales presentan lesiones neurovasculares y hasta el 80% de las luxaciones abiertas son laterales.

La reducción de estas lesiones es prioritaria. En los casos irreductibles (0-47%) se debe hacer de forma abierta para salvar las estructuras anatómicas interpuestas (fragmento óseo, tibial posterior o flexor del hallux en luxaciones laterales). Tras la reducción de luxaciones abiertas, se recomienda la inmovilización con un fijador externo que permita un mejor manejo de las partes blandas. Es importante la realización de un TAC o RMN para identificar las posibles lesiones asociadas: proceso posterior o cabeza del astrágalo, maléolos y base del 5º MTT. La presencia de estas lesiones se asocia a un peor pronóstico. El tiempo de inmovilización debe ser lo más corto posible en función de las lesiones asociadas, permitiéndose tras ella la movilización y carga progresiva.