

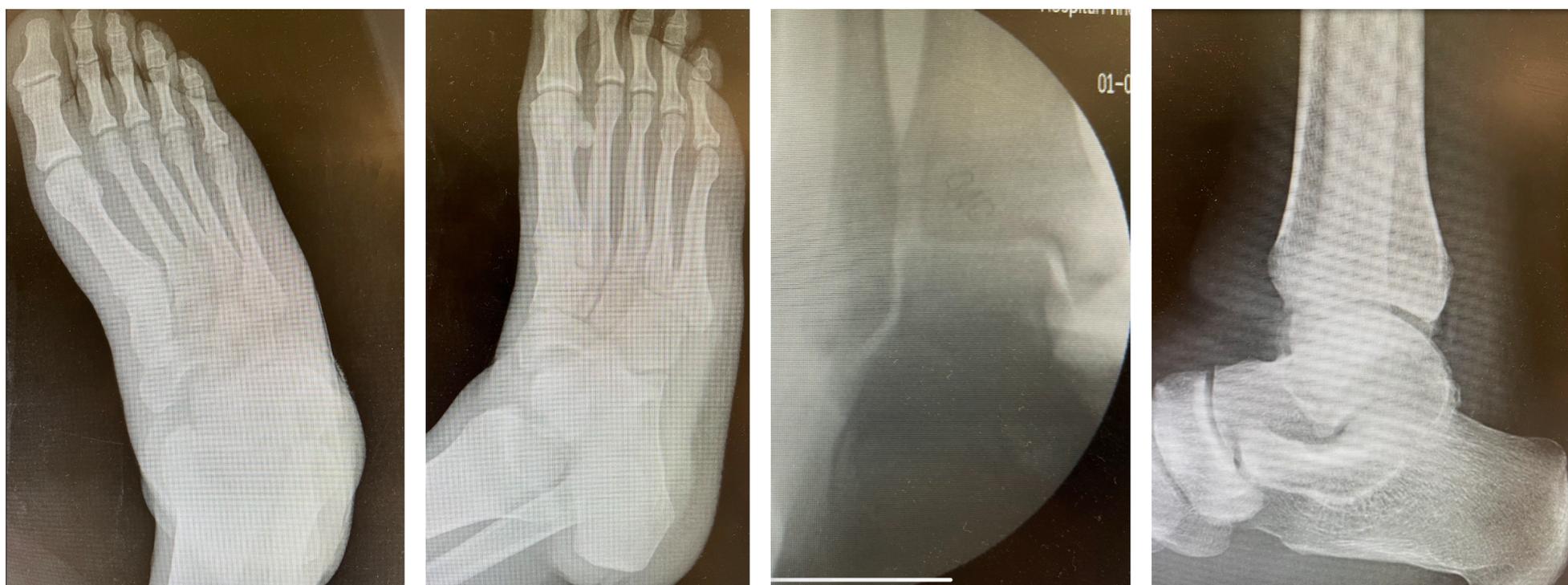
AUTORES: Pablo Millán Antelo. Blanco. Ana Galera Durán. Cristina Jiménez Nava. Juan Moreno Blanco. Darío Rodrigo Guizado Elme

OBJETIVOS

Presentar el diagnóstico, manejo quirúrgico y evolución postoperatoria de una luxación cerrada de astrágalo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 27 años que tras accidente de moto presenta una luxación astragalina cerrada. Se realiza un primer intento de reducción en urgencias sin éxito por lo que se traslada a quirófano y bajo sedación y anestesia neuroaxial se reduce realizando una maniobra de tracción sobre el medio-pie mientras se aplica una fuerza de medial a posterior sobre el astrágalo, a su vez un tercer ayudante mantiene flexionada la rodilla para relajar la musculatura posterior.



RESULTADOS

Tras la reducción se comprueba estabilidad y estado NV del miembro así como comprobación bajo escopia de la reducción. Se coloca una férula bivalva en flexión dorsal de 90°. Se revisó al paciente a las 2, 5 y 9 semanas postquirúrgicas: realizó descarga con férula 6 semanas tras lo cual comenzó RHB sin carga. Comienza la carga parcial con muletas a partir de los 2 meses. Actualmente sin complicaciones y con un balance articular de 90-30

CONCLUSIÓN

Las luxaciones del astrágalo son procesos poco habituales y mas las luxaciones totales cerradas; estas se clasifican como totales cuando ocurre una luxación de todas las superficies del astrágalo: astrágalo-navicular, tibiastragalina y subastragalina. Por otro lado, las luxaciones subtalares son mucho más habituales en las cuales se mantiene la integridad de la articulación tibio-peronea-astragalina.

El astrágalo se mantiene estable en la mortaja del tobillo gracias a la congruencia articular, el ligamento astragalocalcaneo y ligamento tibio-peroneo posterior; para que se produzca su luxación tiene que producirse una flexión plantar máxima e inversión del pie produciéndose una luxación abierta en la mayoría de los casos.

En cuanto al tratamiento se debe realizar una reducción en quirófano rápidamente y tras lo cual permanecer al menos 8 semanas en descarga comenzando entorno al mes con ejercicios de movilización pasiva. En nuestra opinión la enucleación y la artrodesis deben reservarse como salvamento