

COMPLEJO SANITARIO NTRA. SRA. DE LA CANDELARIA. TENERIFE

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Jefe servicio: Dr. M. MONTEQUI Y LÓPEZ HUERTA

Luxación aislada y cerrada de astrágalo

S. RODRIGUEZ HERNANDEZ, F. HERNANDEZ CABRERA y M. OLIVARES HERNANDEZ

RESUMEN

Los autores describen un caso de luxación aislada del astrágalo; revisando la bibliografía y los problemas que plantea este tipo de lesión.

Descriptores: Luxación aislada del astrágalo.

SUMMARY

A case of closed talus dislocation is reported. The bibliography is collected and the own problems of these injuries are considered.

Key words: Dislocation of the talus. Talus. Dislocation.

Introducción

Importancia

El astrágalo es el lugar donde se recibe la carga corporal transmitida por la pierna y se reparte al pie en la sustentación y la marcha, GOMAR (8). Esta participación del astrágalo con sus funciones estáticas y dinámicas nos explican la importancia de su integridad, como también su situación anatómica nos hace comprender que el astrágalo no sólo participa en todas las vicisitudes de la articulación tibio-peronea, sino también en las del pie.

El astrágalo posee una gran superficie articular (se articula con la tibio-peronea, el calcáneo y el escafoides), lo que va a originar una deficiente vascularización del mismo, justificándonos así una de sus más importan-

tes secuelas: la osteonecrosis, que puede ser causa de bajas laborales más o menos prolongadas.

Frecuencia

Las lesiones astragalinas, en general, son raras y de éstas lo menos frecuente es la luxación aislada de astrágalo. Para WATSON-JONES (10), por cada 75 accidentes astragalinos, 5 son luxaciones aisladas; BUTEL y WITVÖET (3), señalan 5 sobre un total de 187 accidentes astragalinos; COTART (5), 9 sobre 228; DESTOT, citado por BUTEL (2), de 12 accidentes astragalinos sólo 1 es luxación; DETEMBECK (6), de 9, 3 son luxaciones puras.

Todos los autores están de acuerdo en que estas lesiones suelen ser abiertas, para GOMAR (8) el 75 por 100 lo son; WATSON-



FIG. 1. — Luxación total de astrágalo hacia delante y hacia dentro.



FIGS. 2 y 3. — Control inmediato A. P. y Lat. después de la reducción.

JONES (11) de los 5 casos que presenta, 4 son abiertas; en la serie de DETEMBECK (6) las 3 son luxaciones abiertas.

Mecanismo de producción

Todos los autores opinan que el mecanismo íntimo es una inversión y flexión plantar violentas (4, 7, 11...)

Las causas por orden de frecuencia pueden ser: MARIO BAUDET (1): Precipitaciones desde cierta altura: 58 por 100.

Accidentes de tráfico: 28 por 100.

Traumatismo directo: 14 por 100.

Anatomía patológica

Al producirse una enucleación del astrágalo, éste pierde todas sus conexiones normales. Para GOMAR (8) se rompen los ligamentos peroneos y el interóseo astrágalo-calcáneo al mismo tiempo, para LELIEVRE es el ligamento en Y de Chopart.

Lo más frecuente es la enucleación hacia delante y hacia fuera, aunque también pue-

de producirse hacia dentro. El astrágalo rota 90° con respecto a su eje horizontal y 90° con respecto al vertical, quedando la cabeza astragalina mirando a maléolo y polea hacia delante.

Como ya hemos referido anteriormente, suelen ser lesiones abiertas, pero aun siendo cerradas, la piel amenaza con una inminente necrosis por el sufrimiento tras la violenta contusión.

Caso clínico

Paciente varón de 57 años, constitución pícnica, de 100 kilos de peso y 1'72 de estatura, que ingresa por urgencias tras sufrir caída de 1'50 metros de altura. Presenta intenso dolor y tumefacción con impotencia funcional y sin lesión de piel de tobillo derecho.

En la R-x (fig. 1) apreciamos una luxación total de astrágalo. Practicamos una reducción incruenta inmediata, que se consigue (figs. 2 y 3). A los 10 días cambiamos yeso y observamos que no existe lesión de piel. A los 2 meses del trauma inicial autorizamos la carga con yeso.

A los tres meses y medio se retira yeso y comienza R.F., continuando con la carga. A los 4 meses y medio se practica nuevo control



FIG. 4. — Control en el momento del alta. Obsérvese el discreto hundimiento en el ángulo supero-interno de la superficie articular.



R-x, apreciándose una moderada osteoporosis con un pequeño hundimiento en la cara supero-interna del astrágalo.

A los 7 meses del trauma inicial, el paciente es dado de alta laboral con un tobillo indoloro, una movilidad limitada y R-x igual a la anterior (fig. 4).

En una revisión a los 2 años del trauma inicial, el paciente sigue presentando un tobillo indoloro, sigue trabajando en la misma empresa y persiste una limitación de la movilidad del tobillo: Flexo/Ext. = $15^{\circ}/0^{\circ}/30^{\circ}$; Abd./Add. = $5^{\circ}/0^{\circ}/5^{\circ}$. En la R-x (figs. 5 y 6) observamos una disminución de la osteoporosis inicial y persiste el mismo discreto aplastamiento en la cara superointerna de la superficie articular.

Discusión

En primer lugar quisiéramos resaltar el mecanismo de producción. Mientras todos los autores están de acuerdo en que se trata de un traumatismo violento, en el caso que presentamos es sólo una caída de pequeña altura, claro que la sobrecarga ponderal, sin duda ha aumentado la violencia del traumatismo.

En segundo lugar quisiéramos subrayar que en ningún momento ha existido lesión de piel, lo que le va a dar una mayor particularidad al caso que presentamos y al mismo tiempo un mejor pronóstico, como refiere DETEMBECK (6).

En tercer lugar discutiremos el tratamiento:

En cuanto al tratamiento de urgencias BUTEL y FRANCOLS (2), basándose en "la certeza de la aparición de la osteonecrosis y a su posterior hundimiento masivo del hueso" aconsejan que "lo más prudente es practicar triple artrodesis de entrada". Sin embargo WATSON-JONES (11) considera que

FIGS. 5 y 6. — Radiografías A. P. y Lat. a los dos años. Obsérvese que se mantiene el discreto hundimiento dentro de los mismos límites y la osteoporosis ha disminuido considerablemente.

a menudo se recupera una función excelente e incluso si hay necrosis puede que se revascularice el hueso y exista una buena función.

A este respecto KENWRIGHT y TAYLOR (9) publican 2 casos en 1970, que no presentaron necrosis, siendo uno de ellos controlado durante 11 años; MARIO BAUDET y cols. (1) presentan un caso manifestándose también en contra de una intervención de entrada. Nuestra aportación intenta corroborar esta opinión.

El otro aspecto que también se presta a discusión es la importancia de la aparición de la osteonecrosis como indicativo de determinadas medidas terapéuticas.

Mientras WATSON-JONES (11) y LELIEVRE (10) alegan que ante la presencia de osteonecrosis se debe posponer la carga y mantener más tiempo la inmovilización. BRADY, referido por NICHOLAS (7), en un estudio continuado de 24 pacientes desde 1940-1965, considera que se sobrevaloró demasiado la aparición de la osteonecrosis, y hace las siguientes consideraciones, que nosotros también hacemos nuestras:

1. La aparición de osteonecrosis no es indicación para retrasar la carga y la inmovilización prolongada.

2. Instituir la deambulacion precoz a los 3-4 meses, aunque haya necrosis.

3. Retrasar la cirugía hasta que el paciente haya sido sometido a un ensayo completo del régimen de sostén de peso corporal.

4. La fusión subtalar puede llegar a dominar los síntomas del pie doloroso más que la pantalar.

Por último creemos que una de las circunstancias que ha dado lugar al buen resultado es la reducción incruenta inmediata (aproximadamente 1 hora después de la caída).

BIBLIOGRAFIA

- 1 BAUDET CARRILLO, MARIO E.; VELASCO GARCÍA, M. ANGEL y SUARDÍAZ ESPEJO, F. (1979): Luxación aislada de astrágalo. *Rev. Esp. de Cir. Ost.*, 14, 73-76.
- 2 BUTEL, J., et FRANÇOIS, M. (1973): Luxations du pied et du cou-de-pied. *Encycl. Med. Chir. APL* 3, 5, 14.098 A-10.
- 3 BUTEL, J., et WITVÖET, J. (1967): Les fractures et les luxations de l'astragale. *Rev. Chir. Orthop.*, 53, 6, sept.: 494-513; 609-621.
- 4 CABANAC, J.; BUTEL, J. et WITVÖET, J. (1968): Les fractures et luxations de l'astragale et leur traitement. *Rev. Prat.* 18, 31, 4.607-4.627.
- 5 COLTART, W. D. (1952): Aviator's astragalus. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 34-B, 545.
- 6 DETEMBECK, L. C., and KELLY, P. J. (1969): Total Dislocation of the Talus. *The Journal of Bone and Joint Surg.*, 51-A, 2, 283-288.
- 7 GIANNESTRAS NICHOLAS, J. (1979): *Trastornos del pie*. Primera edición española. Edit. Salvat. 541-543.
- 8 GOMAR, F. (1980): *Traumatología*. Primera edición. Edit. Fundación García Muñoz. 935-953.
- 9 KENWRIGHT, J., and TAYLOR, R. G. (1970): Major injuries of the Talus. *Journal of Bone and Joint Surg.*, 52-B, 36.
- 10 LELIEVRE, J. (1976): *Patología del pie*. Tercera edición española. Edit. Toray-Masson, 330-331.
- 11 WATSON-JONES, (1980): *Fracturas y heridas articulares*. Tercera edición española. Edit. Salvat, 1.104-1.110. Revisada por J. N. WILSON.