



Luxación subastragalina medial pura

**Ron Marqués, A.; Rodrigo Alonso, A.; Ruiz Juretschke, C.;
Núñez García, A.; Núñez Medina, A.**

Traumatología y cirugía ortopédica.

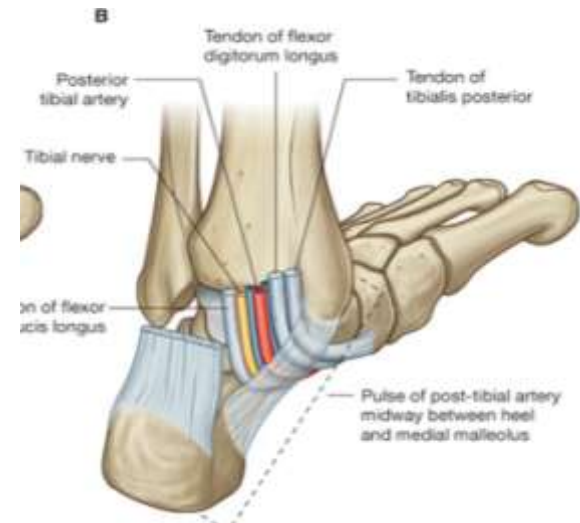
Hospital Universitario de Getafe.

INTRODUCCIÓN:

La luxación subastragalina medial pura:

!!!URGENCIA MÉDICA!!!

- Poco frecuente.
- Mal pronóstico si no se realiza reducción inmediata.
- Riesgo de lesión vasculo-nerviosa.
- Compromiso del paquete tibial posterior.



CASO CLÍNICO:

- Varón de 33 años.
- Dolor intenso y deformidad en pie y tobillo izquierdo tras inversión forzada.
- Pulsos distales débiles, frialdad y cianosis.
- No solución de continuidad cutánea.



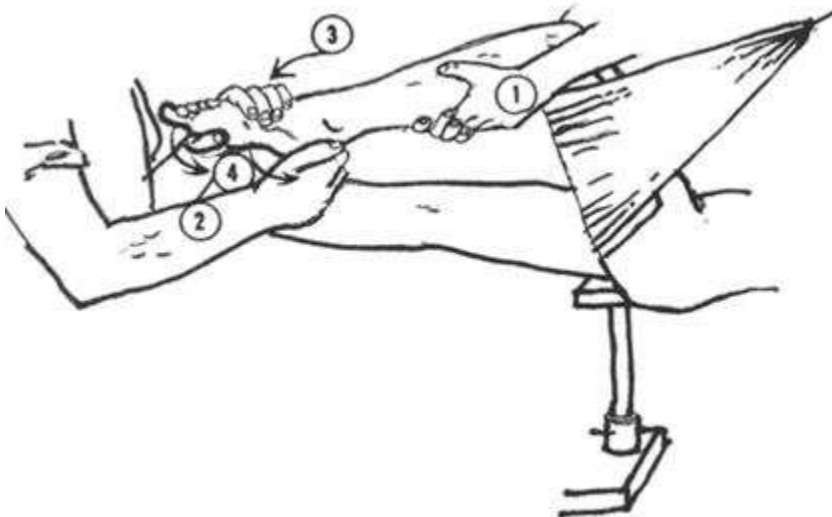
Estudio radiográfico:

LUXACIÓN SUBASTRAGALINA MEDIAL PURA TIPO I DE LANCASTER.

Table 1. Lancaster Classification System	
Classification	Description
Type I	Closed subtalar dislocation without associated injury
Type II	Closed subtalar dislocation with associated injury (soft tissue, extra-articular fracture, intra-articular fracture, fracture of neck of talus)
Type III	Open injury and fractures of the talar body

TRATAMIENTO:

- Intervención **URGENTE**: mejorar la situación neurovascular del pie.
- Reducción cerrada bajo sedación y control con escopia.
- Flexión de rodilla y tracción longitudinal distal del pie (Relaja gastrocnemios).
- Aumento posterior de la deformidad **desimpactando** la articulación astrágalo-navicular mediante flexión plantar e inversión.
- Maniobra contra-deformidad con **eversión y dorsiflexión** asociando presión medial sobre la cabeza astragalina.
- Se comprueba buena movilidad y estado neurovascular.



- Control radiográfico post-reducción:



- Control tomográfico post-reducción:



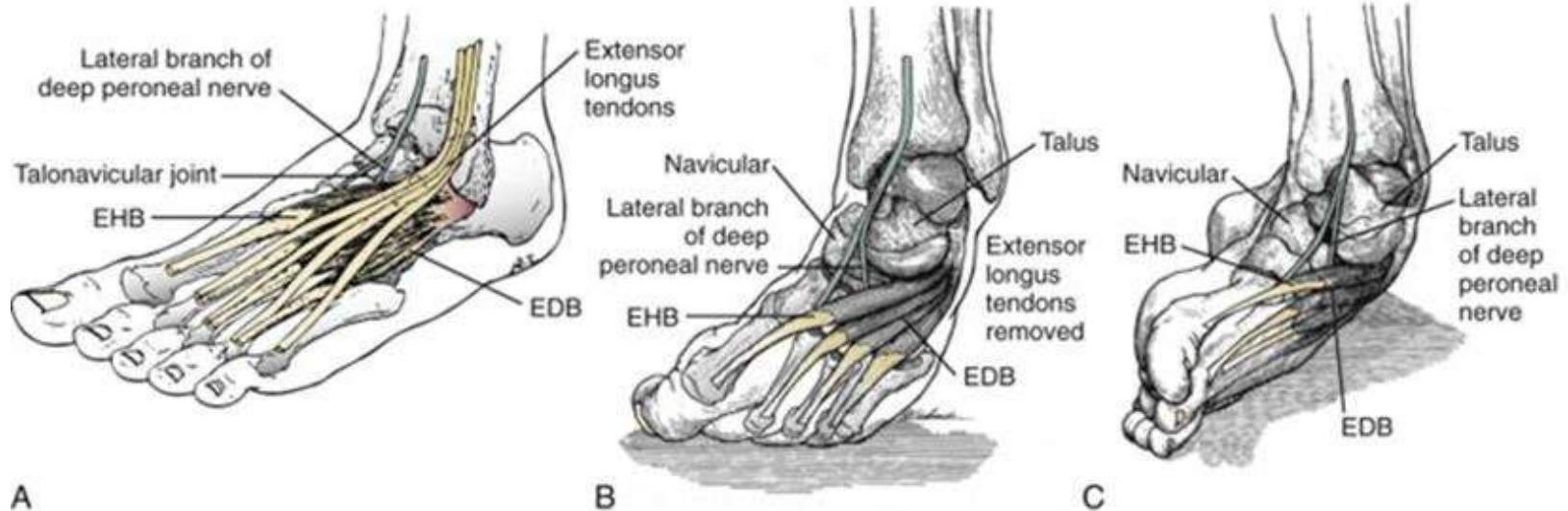
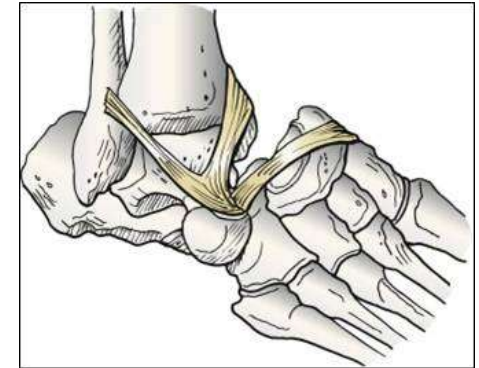
DISCUSIÓN:

- Lesión poco frecuente (1-2% de las luxaciones).
- Varones, tercera década de la vida.
- Mecanismos de alta energía (75%).
- **Luxación subastragalina medial:** Subtipo más frecuente (85%) por inversión con flexión plantar forzada.
- Sustentaculum tali = Fulcro.
- Asociación frecuente:
 - Fracturas maleolares.
 - Fracturas del astrágalo.
 - Fracturas del quinto metatarsiano.
 - Lesiones osteo-condrales.

55% Luxaciones mediales.
75% de laterales

OBJETIVO TERAPEÚTICO:

- Reducción cerrada urgente para evitar compromiso neurovascular.
- La necrosis avascular de la cabeza del astrágalo es una complicación grave pero poco frecuente (0-23%).
- La reducción abierta está indicada tras reducción cerrada insatisfactoria por impactación de fragmentos óseos o interposición de partes blandas (33% luxaciones):
 - Retináculo extensor.
 - Tendones peroneos.
 - Cápsula talo-navicular.



COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO:

Complicaciones más frecuentes: Lateral.

- Más energía.
- Más asociación con lesiones osteo-ligamentosas.
 - Lesión de partes blandas. Lesión vasculonerviosa. Rigidez articular. Artritis. Necrosis avascular de la cabeza del astrágalo. Síndrome de dist. simpática refleja.

Pronóstico:

- Tiempo hasta reducción.
- Tipo de luxación.
- Lesiones osteo-ligamentosas/ neuro-vasculares asociadas.
- Tiempo de inmovilización.



BIBLIOGRAFÍA:

1. DeLee JC, Curtis R. Subtalar dislocation of the foot. J Bone Joint Surg. 1982; 64(3); 433-7.
2. Byrd ZO, Ebraheim M, Weston JT, Liu J, Ebraheim NA. Isolated subtalar dislocation. Orthopedics. 2013 Sep;36(9):714-20.
3. Jungbluth P, Wild M, Hakimi M, Gehrman S, Djurisc M, Windolf J, Muhr G, Kälicke T. Isolated subtalar dislocation. J Bone Joint Surg Am. 2010 Apr;92(4):890-4.
4. Grantham SA. Medial subtalar dislocation: five cases with a common etiology. J Trauma 4:845–849, 1964.
5. Perugia D, Basile A, Massoni C, Gumina S, Rossi F, Ferretti A. Conservative treatment of subtalar dislocations. Int Orthop 2002;26(1):56–60.
6. Syed AA, Agarwal M, Dosani A, Giannoudis PV, Matthews SJ. Medial subtalar dislocation: importance of clinical diagnosis in distinguishing from other dislocations. Eur J Emerg Med 2003;10: 232–5.

MUCHAS GRACIAS

