

# RESULTADOS A MEDIO-LARGO PLAZO DE LUXACIONES SUBASTRAGALINAS CON EPIDEMIOLOGÍA ATÍPICA

HOSPITAL INSALUD BARBASTRO  
(HUESCA)  
HOSPITAL GENERAL INSALUD  
«SAN JORGE» HUESCA  
Servicios de Cirugía Ortopédica  
y traumatología

DR. J. A. MOLINA GUERRERO  
DR. R. F. RANERA Y MIGUEL

## RESUMEN

*Se revisan retrospectivamente 10 casos de luxación subastragalina. La edad media de los pacientes fue de 37 años (22-49). Predominaron los casos en que la luxación fue lateral (70%). El resto correspondió a luxaciones mediales. En un 20% de los casos se observaron fracturas locales asociadas y en ocasiones formaron parte de pacientes polifracturados (40%). Las lesiones abiertas fueron bastante frecuentes (60%) y se observaron con mayor incidencia en las luxaciones laterales, en que lo fueron todas menos dos (5 casos).*

*El tratamiento fue quirúrgico para todos los casos de lesiones abiertas y ortopédico en todas las cerradas. Los resultados se valoran a medio-largo plazo conforme a criterios subjetivos y objetivos. En un 57% de los casos los resultados han sido considerados bue-*

*nos o regulares, correspondiendo los peores resultados a las luxaciones abiertas y del tipo lateral.*

*Palabras clave: Pie. Subastragalina. Luxaciones.*

## INTRODUCCIÓN

La luxación subastragalina supone la pérdida de contacto entre las articulaciones astragalocalcánea y astragaloescafoidea, sin que coexista fractura del cuello astragalino. La mayor resistencia del ligamento calcaneoescafoideo contribuye a que éste permanezca íntegro de forma que el desplazamiento del mediopie se produce en bloque (1).

Estas lesiones generalmente son el resultado de impactos de alta energía y, por tanto, con cierta frecuencia se asocian a múltiples lesiones osteoarticulares bien sea localmente o a distancia (3, 7).

Considerada como una lesión poco frecuente, son pocas las series publicadas que excedan de diez pacientes. Las características de la lesión, pese a su rareza, están claramente definidas; estableciéndose básicamente dos tipos anatomopatológicos: el medial y más frecuente (80%) y el lateral (20%). Asimismo se considera factor pronóstico y de relativa incidencia la presencia de lesiones osteoarticulares y de partes blandas más o menos graves (1, 4, 7).

El motivo de esta revisión es la valoración de los resultados a medio-largo plazo en estos pacientes cuyas lesiones se alejan sustancialmente en alguna de sus características de aquellas señaladas como más comunes en la mayoría de las series publicadas (3, 4, 5, 7).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el período 1977-1992 se registraron 10 casos de luxación subastragalina en las dos Instituciones Hospitalarias gestionadas por el Insalud en la provincia de Huesca. Seis casos fueron abiertas y cuatro cerradas. Siete casos fueron del tipo lateral (5 abiertas) y tres del tipo medial (1 abierta). La edad osciló entre los 22 y 49 años (media, 37 años).

Nueve pacientes fueron varones y una fue hembra. El mecanismo más habitual fue la precipitación (5 casos) seguido de accidente de tráfico (3 casos), deportivo (1 caso) y atrapamiento (1 caso). En dos casos se observaron lesiones osteocondrales asociadas del astrágalo y en tres casos se produjeron varias lesiones de estructuras blandas (nervio tibial posterior, nervio ciático poplíteo externo, músculo pedio, músculo FDC, vena safena interna) (Fig. 1).

Cuatro pacientes fueron politraumatizados graves y en cinco pacientes se apreciaron diversas fracturas en cadena del miembro ipsilateral. En conjunto, el número de fracturas de huesos planos o

tubulares grandes se situó en torno a la veintena.

La reducción se realizó de urgencia bajo anestesia general en todos los pacientes, siendo cerrada para todos los casos cerrados y abierta para los abiertos. La inmovilización enyesada osciló entre cuatro y doce semanas (médica, 7 semanas) y el período de descarga estuvo comprendido entre cuatro y treinta y seis semanas (media, 12 semanas).



Fig. 1. *Luxación subastragalina abierta lateral con graves lesiones de estructuras blandas.*

## RESULTADOS

Se ha podido realizar un seguimiento a medio-largo plazo de siete de los 10 pacientes con una evolución mínima de siete meses y máxima de ciento noventa y tres (media, 84 meses).

Dos pacientes fueron perdidos al ser evacuados a sus lugares de residencia tras el período inicial de tratamiento, y el tercer paciente sufrió la amputación

de la extremidad en el postoperatorio mediato dada la gravedad de las lesiones asociadas de vecindad.

La valoración de resultados se ha realizado fundamentalmente de acuerdo con criterios subjetivos (dolor) y objetivos (movilidad y hallazgos radiológicos: artrosis o necrosis astragalina) (Tabla 1).

**TABLA I**

**Criterios para valoración de resultados**

| Parámetros Resultados | Dolor    | Movilidad      | RX  |
|-----------------------|----------|----------------|-----|
| Buenos                | Ausente  | Normal         | -   |
| Regulares             | Leve     | Disminuida     | +/- |
| Malos                 | Moderado | Muy disminuida | +   |

Conforme a tales criterios, el resultado ha sido bueno en un caso, regular en tres casos y malo en los tres restantes.

El único buen resultado corresponde a un paciente de 22 años con una luxación subastragalina medial cerrada que, tras 16 años de evolución, conserva una función completa y carece de dolor (fig. 2).

En cuanto a los tres malos resultados, todos se han correspondido con luxaciones abiertas del tipo lateral,



Fig. 2. Radiografía correspondiente a paciente de 22 años con luxación subastragalina medial cerrada y buen resultado clínico. Seguimiento a largo plazo.

apreciándose en dos de ellos la existencia de necrosis avascular del astrágalo (28%).

De los tres casos considerados como regulares, dos han sido luxaciones cerradas del tipo lateral y la tercera ha sido una luxación abierta del tipo medial.

Hasta la fecha, en ningún caso se ha realizado tratamiento quirúrgico para las secuelas producidas por el dolor o la deformidad. Se ha observado un caso de infección profunda por enterococo en un paciente con luxación abierta lateral que fue resuelto mediante fijación externa y desbridamientos quirúrgicos sucesivos.

**DISCUSIÓN**

Los casos de los pacientes presentados en este trabajo, si bien reúnen los datos epidemiológicos generales en cuanto a edad, mecanismo, frecuencia, lesiones asociadas, etc., publicados en otras series (3, 4, 5, 7), se alejan de éstas en otros aspectos que conviene analizar y de los que posiblemente dependan los resultados clínicos.

Efectivamente se ha podido comprobar la escasa frecuencia con que esta lesión se presenta, así como la incidencia que tiene en pacientes cercanos a la edad media de la vida y que sufren traumatismos de alta energía (4, 7). Sin embargo llama la atención el elevado número de luxaciones del tipo lateral observadas, frente a lo que en la mayoría de las publicaciones suele ser lo habitual (1, 2, 3, 4, 6). Asimismo el gran porcentaje de lesiones abiertas encontradas (60%) contrapone esta observación a las realizadas por algunos autores que la sitúan en torno al 20% (3, 6). Es posible que tanto este elevado número de luxaciones laterales como el de lesiones abiertas tenga su explicación en la especial violencia de los traumatismos

sufridos por estos pacientes, el 40% de los cuales fueron politraumatizados graves. También cabe la posibilidad de que sea puramente un fenómeno aleatorio. García Flórez y Col. (4) coinciden con nosotros en señalar un 60% de luxaciones abiertas. En qué medida estas observaciones han podido influir en los resultados un tanto decepcionantes de los pacientes estudiados, es un interrogante que merece un breve análisis. Como puede verse, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que aquellos tres casos considerados como malos corresponden a luxaciones laterales y que a su vez han sido abiertas. Además los dos casos de necrosis avascular se han producido en este mismo grupo de pacientes, en uno de los cuales se evidenció la lesión irreparable de la arteria tibial posterior. Por el contrario el resto de casos considerados como buenos o regulares, se han correspondido con tres luxaciones cerradas (dos laterales y una medial) y una abierta (medial).

En consecuencia, si bien el número de observaciones es escaso, quizá sea más determinante con vistas al pronóstico la lesión cutánea y de partes blandas asociadas que el tipo anatomopatológico en cuestión. Esta apreciación también ha sido hecha por otros autores (3, 4, 6).

Zimmer y col. (7) hacen especial hincapié en la peor tolerancia funcional que supone para el paciente la presencia de inestabilidad subastragalina frente a la rigidez de la misma. En los pacientes estudiados en esta serie, la sensación de inestabilidad referida en forma de fallos o inseguridad no ha

sido un hallazgo común (tiempo medio de inmovilización, 7 semanas). Asimismo no se han producido relajaciones. Por ello, si bien cada caso debe ser considerado individualmente, parece recomendable prolongar la inmovilización durante un mínimo de 6 semanas sobre todo en pacientes jóvenes y activos como coinciden en señalar algunos autores (1, 7).

## BIBLIOGRAFÍA

1. BRENNAN, M. J.: Subtalar dislocations. Instructional Course Lectures, XXXIX: 157, 1990.
2. CRISTENSEN, S. B.; LORENTZEN, J. E.; KROGSOE, O.; SNEPPEN, O.: Subtalar dislocation. Acta Orthop. Scand., 48:707, 1977.
3. DELEE, J. C.; CURTIS, R.: Subtalar dislocation of the foot. J. Bone Jt. Surg., 64-A: 433, 1982.
4. GARCÍA FLÓREZ, L.; MARTÍN FERRERO, M. A.; BELTRAN DE HEREDIA, P.; RUIZ VALDIVIESO, T.; SÁNCHEZ MARTÍN, M. M.: Luxación subastragalina. Estudio de 10 casos. Rev. Ortop. Traum., 33-IB: 279, 1989.
5. HEPPENSTALL, R. B.; FARAHVAR, H.; BALDERSTON, R.; LOTKE, P.: Evaluation and management of subtalar dislocations. J. Trauma, 20: 494, 1980.
6. MONSON, S. T.; RYAN, J. R.: Subtalar dislocation. J. Bone Jt. Surg., A: 1156, 1981.
7. ZIMMER, T. J.; JOHNSON, K. A.: Subtalar dislocations. Clin. Orthop. 238:190, 1989.