

Astrágalo vertical adquirido por luxación talonavicular plantar aislada

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón
I. B. MORENO-FENOLL; D. LÓPEZ; P.A. GONZÁLEZ-ONANDÍA; F. BEBEA; J.L. PATIÑO; V. SEBASTIÁN

Hospital Universitario
Fundación Alcorcón
SaludMadrid Comunidad de Madrid

Las **luxaciones periastragalinas** son extremadamente raras, suponiendo menos del 1% del total de luxaciones. Por otra parte, las luxaciones mediotarsianas son todavía más raras, con una incidencia no descrita. El **objetivo** de este trabajo es **describir una luxación aislada de la articulación astragalonavicular**, con indemnidad subastragalina y del resto del mediotarso.

Presentamos el **CASO** de una **paciente de 69 años** que acudió a Urgencias por dolor e impotencia funcional del pie izquierdo. Refería haber sufrido una caída desde una pequeña altura, con apoyo sobre el pie plantigrado, y a continuación extensión forzada a expensas del mediopié. Presentaba un pie con tumefacción llamativa, sin signos de sufrimiento cutáneo y sin deformidades. Localizaba el dolor en región dorsal del mediopié, con exploración sensitiva normal y pulsos conservados.

En la **radiografía simple (Figura 1A)** se observó una ausencia de congruencia talonavicular, con **luxación plantar del astrágalo**, verticalizado, sin líneas de fractura evidentes, y sin afectación de la articulación calcáneo-cuboidea.

Se realizó **reducción cerrada urgente en quirófano**, y dado su comportamiento inestable, se fijó mediante dos **agujas de Kirschner percutáneas (Figura 1B)** y se inmovilizó con una férula suropédica posterior, con descarga del miembro.

En el **TAC post-reducción**, se observó una fractura conminuta del margen plantar del escafoides, confirmándose la congruencia articular subastragalina y de Chopart.

Evolución: A las **6 semanas** se retiraron las agujas, permitiéndose la carga progresiva e iniciándose un programa de rehabilitación. Sin embargo, en el control radiológico a los 2,5 meses se observó una **pérdida de la reducción** acompañada de **dolor (Figura 2)**, por lo que se decidió la realización de una **artrodesis talonavicular** con aporte de injerto óseo (**Figura 3**). Tras un periodo de descarga de 10 semanas, la paciente se encuentra en fase de rehabilitación.

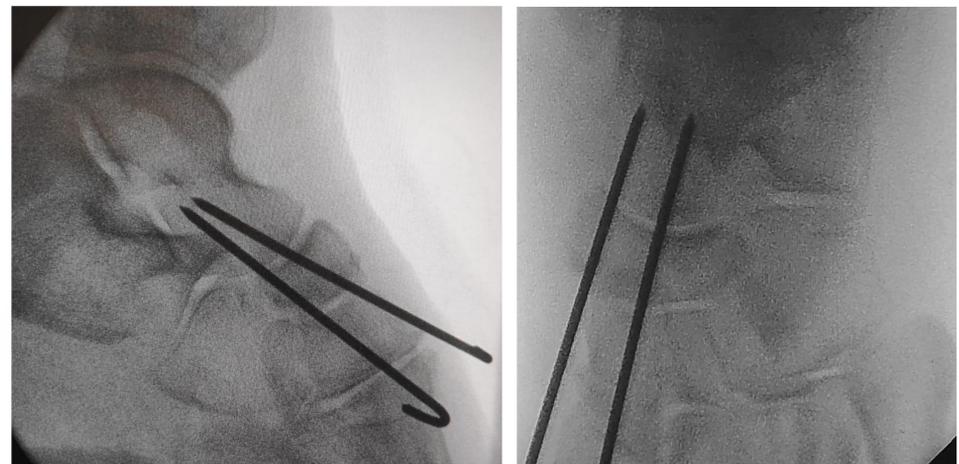


Figura 1A. Radiografía simple mostrando la luxación plantar del astrágalo, sin fracturas evidentes.

Figura 1B. Escopia intraoperatoria tras la reducción y fijación con dos agujas percutáneas de escafoides a astrágalo.



Figura 2. Radiografía simple a los 2,5 meses, con pérdida de la reducción articular tras la retirada de las agujas.



Figura 3. Control radiológico de la artrodesis talonavicular.

Discusión:

Las **lesiones mediotarsianas aisladas**, descritas por Main y Lowett, son poco frecuentes, por lo que es fácil que pasen **desapercibidas**. Deben ser **reducidas de manera urgente**, y **fijadas** abierta o percutáneamente ante signos de inestabilidad. Es importante descartar la interposición de partes blandas, que se debe sospechar ante dificultad para la reducción cerrada, siendo obligada en este caso la cirugía abierta.

La **artrodesis deberá ser considerada**, bien ante dolor persistente a largo plazo, o en casos con marcada inestabilidad inicial, como el caso presentado, en que se pueda prever una pérdida precoz de la reducción.

Bibliografía

1. B. J. Main and R. L. Jowett. Injuries of the midtarsal joint. J Bone Joint Surg Br. . 1975 Feb;57(1):89-97
2. Willem-Maarten Bosman 1, Frederik J Prakken, Bart G Pijls, Ewan D Ritchie, et al. Lateral talonavicular dislocation after low-energy trauma. BMJ Case Rep . 2013 Sep 3;2013.
3. NS Datt, A Srinivasa Rao, and D Venkateswara Rao. Medial swivel dislocation of the talonavicular joint. Indian J Orthop. 2009 Jan-Mar; 43(1): 87-89.

