



2015 II Congreso Internacional  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de La Plata

# Luxación periastragalina Protocolo de movilidad precoz



Servicio de Ortopedia y Traumatología Prof. Dr. Rodolfo Cosentino  
Autores: Paleo Diego Martín; Carucci Juan Pablo; Fernández Ezequiel;  
Pelaez Carlos Roberto; Cicchino Alberto.

## Introducción

- La luxación periastragalina representa el 1% del total de las luxaciones <sup>1</sup>
- Se asocian a traumatismos de alta energía y afectan a hombres adultos jóvenes <sup>1,2</sup>
- Según Broca se clasifican en anteriores, posteriores, laterales (15%) y mediales (85%) en base a la relación entre la cabeza del astrágalo y el antepie <sup>1</sup>
- El 70% de las mismas son cerradas <sup>3,4</sup>



Figura 1



Figura 2

## Objetivo

Describir los resultados clínicos, radiológicos, funcionales y las complicaciones del protocolo de tratamiento utilizado y compararlos con los presentes en la bibliografía.

## Material y Método

Presentamos 7 casos de luxación periastragalina pura, mediales y cerradas en el período 2009-2012. El antecedente fue caída de altura en 6 hombres y accidente deportivo en 1 mujer. El promedio de edad fue 30 años. Sin comorbilidades. (Fig. 1-8). El protocolo de tratamiento fue reducción cerrada bajo sedación antes de las dos horas e inmovilización con yeso suropedio sin carga por 3 semanas, seguido con fisiokinesioterapia y apoyo parcial progresivo. A los 3, 6, 18 y 24 meses se realizó escala AOFAS de retropié, control radiográfico, medición del rango de movilidad de la articulación subastragalina y fueron interrogados acerca de su satisfacción con el tratamiento realizado y si habían podido regresar a sus actividades previas.



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6

## Resultados

Luego de dos años de seguimiento se obtuvo aceptable movilidad subastragalina (promedio 33°) sin dolor para la marcha en superficies irregulares. Escala AOFAS de retropié promedio de 85 puntos (muy buena) sin signos radiográficos de artrosis subastragalina. (Figura 9) Todos los pacientes regresaron a sus actividades cotidianas previas y estaban satisfechos con el resultado. Tabla 1

Paciente	1	2	3	4	5	6	7
Edad	27	62	32	24	19	18	30
Rango de Movilidad Subastragalina	20 a 35°	18 a 28°	20 a 40°	15 a 30°	20 a 45°	15 a 25°	20 a 35°
AOFAS retropié	90	80	83	89	87	81	85

Tabla 1

## Discusión

La luxación subastragalina es una patología poco frecuente pero de gravedad debido a sus complicaciones: dolor crónico, dificultad para subir escaleras y caminar en terrenos irregulares; que tienen una incidencia de 5-15% <sup>5,6</sup>. Los tres factores que se han identificado que influyen en su aparición son: el tiempo transcurrido hasta la reducción, la magnitud del trauma inicial y el tiempo de inmovilización sin carga <sup>5,7,8</sup>. No hay consenso bibliográfico sobre este último inciso <sup>5, 8, 9, 10</sup>

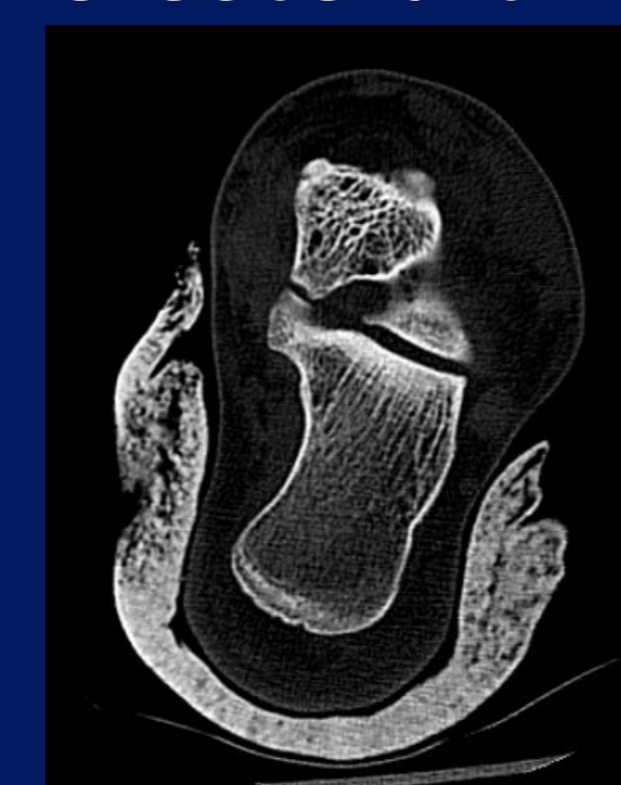


Figura 7



Figura 8



Figura 9

## Conclusión

Con un protocolo de tratamiento basado en la pronta reducción cerrada, un corto período de inmovilización sin carga y la fisiokinesioterapia agresiva con apoyo parcial progresivo, se obtuvieron muy buenos resultados clínicos y funcionales, sin complicaciones y sin signos radiográficos de artrosis. Estos fueron similares a los observados en la bibliografía.

## Bibliografía

- 1- Perugia D, Basile A, Massoni P, et al: Conservative treatment of subtalar dislocations. International Orthopaedics (SICOT) (2002) 26:56-60
- 2- Wagner R, Blatter TR, Weckbach A: Talar dislocations. Injury 2004; 35(suppl 2):SB36-SB45
- 3- Stagni R; Leardini A; O'Connor J; Giannini S: Role of Passive Structures in the Mobility and Stability of the Human Subtalar Joint: A Literature Review. Foot & Ankle International/Vol. 24, No. 5/May 2003
- 4- L. de Palma, A. Santucci, Mario Marinelli: Clinical outcome of closed isolated subtalar dislocations Arch Orthop Trauma Surg (2008) 128:593-598
- 5- Lasanianos N, Lyras D, Mouzopoulos G, Tsutseos N, Garnavos C: Early mobilization after uncomplicated medial subtalar dislocation provides successful functional results: J Orthopaed Traumatol (2011) 12:37-43
- 6- Terrence J, Jerome J, Varghese M, Sankaran B, : Anteromedial Subtalar Dislocation. The Journal of Foot & Ankle Surgery 46(1):52-54, 2007)
- 7- Bibbo C, Anderson R, Hodges W: Injury Characteristics and the Clinical Outcome of Subtalar Dislocations: A Clinical and Radiographic Analysis of 25 Cases Foot & Ankle International/Vol. 24, No. 2/February 2003
- 8- Lancaster, S; Horowitz M, Alonso J: subtalar dislocations: a prognosticating classification. Orthopedics; Oct 1985; 8, 10; ProQuest Health & Medical Complete pg. 1234
- 9- F. Rivera, C. Bertone, E. Crainz, P. Maniscalco, M. Filisio: Peritalar dislocation: three case reports a literature review Orthopaed Traumatol (2003) 4:39-44
- 10- J. Delee, R. Curts: Subtalar dislocation of the foot. The Journal of Bone and Joint Surgery. pg.433-437.