

2016 Febrero, 6(1): 1-1

LUXACION PERIASTRAGALINA. PROTOCOLO DE MOVILIDAD PRECOZ

Pelaez C; Paleo D; Fernández E; Carucci JP; Cicchino A.

HIGA San Martín La Plata Servicio de Ortopedia y Traumatología Prof. Dr. Rodolfo Cosentino
1 y 70 La Plata. Juanpablocarucci@hotmail.com

Introducción

Las luxaciones periastragalinas representan el 1% del total de las luxaciones. Se definen como la luxación de las articulaciones subastragalina y astragaloescafoidea, sin fractura de astrágalo asociada e indemnidad de las articulaciones calcaneocuboidea y tibioastragalina. Se asocian a traumatismos de alta energía y afectan a hombres adultos jóvenes preponderantemente. Según Broca se clasifican en anteriores, posteriores, laterales (15%) y mediales (85%) en base a la relación entre la cabeza del astrágalo y el antepié. El 70% de las mismas son cerradas.

Revisten gravedad debido a sus complicaciones: artrosis de las articulaciones afectadas, dolor crónico, dificultad para subir escaleras y caminar en terrenos irregulares; que tienen una incidencia de 5-15%. 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. No existe un consenso en cuanto a su tratamiento, ya que el período de inmovilización posterior al trauma varía desde dos semanas hasta tres meses en distintos estudios, con resultados no concluyentes.

El objetivo del trabajo es describir los resultados clínicos, funcionales, radiológicos y las complicaciones de nuestros casos basados en el protocolo de tratamiento utilizado y compararlos con aquellos observados en la bibliografía.

Material y método

Presentamos un estudio prospectivo de siete casos de luxación periastragalina pura, mediales y cerradas entre los años 2009 y 2012. El antecedente fue caída de altura en seis hombres y accidente deportivo en una mujer, con un promedio de edad de 30 años. No presentaron lesiones asociadas y tampoco comorbilidades.

El protocolo de tratamiento fue reducción cerrada bajo sedación antes de las dos horas de producida la lesión e inmovilización con yeso suropedio sin carga por tres semanas, seguido de fisioquinesioterapia y apoyo parcial progresivo. Se alcanzó el apoyo completo a las 6 semanas. A los tres, seis, dieciocho y veinticuatro meses se realizó evaluación clínica mediante la escala AOFAS de retropié, medición del rango de movilidad de la articulación subastragalina comparativo con el lado sano con goniómetro, por el método de Inmann y Mann y fueron interrogados acerca de su satisfacción con el tratamiento realizado y se habían podido regresar a sus actividades cotidianas previas (preguntas dicotómicas). Se solicitaron radiografías de frente, perfil y oblicuas de tobillo y pie, adaptando la clasificación de Altman para determinar la presencia y grado de artrosis subastragalina.

Resultados

Se obtuvo una movilidad subastragalina promedio de 33°, no disminuída comparada con el lado sano. La escala AOFAS de retropié sumó un promedio de 85 puntos (muy buena) Todos los pacientes regresaron a sus actividades cotidianas previas y estaban satisfechos con el resultado (100%). Radiográficamente no se observaron signos de artrosis subastragalina (Altman cero en todos los casos). No se presentaron complicaciones por el tratamiento.

Conclusión

Con un protocolo basado en la movilidad precoz se obtuvieron muy buenos resultados clínicos y funcionales, sin complicaciones y sin signos radiográficos de artrosis.

Nuestros resultados son similares a los que se observan en la bibliografía, siendo escasos los trabajos que analizan lesiones mediales únicamente bajo protocolos de movilidad precoz. Los estudios que llevaron a cabo inmovilizaciones más prolongadas presentaron resultados menos constantes entre uno y otro. Ninguno presentó grupo control. Se requieren trabajos de mayor nivel de evidencia para justificar la elección de un tratamiento sobre otro.

Palabras claves: LUXACION PERIASTRAGALINA, MOVILIDAD PRECOZ, RESULTADOS FUNCIONALES