

# LUXACIÓN ABIERTA DE TOBILLO SIN FRACTURA ASOCIADA: MANEJO Y TRATAMIENTO

**Autores:** Fernández González, Adrián; De la Hera Fernández, Javier; Ortiz Gutiérrez, Marcos; Santos Ledo, Ciro; Díez Pérez, Eduardo José. **Hospital Sierrallana (Cantabria).**

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La **luxación de tobillo sin fractura asociada** es una entidad altamente infrecuente, con menos de 100 casos publicados. Generalmente afectan a varones jóvenes tras traumatismos de alta energía, con una distribución similar entre luxaciones abiertas y cerradas. El tipo de luxación más frecuente es la postero-medial, por ser el mecanismo de producción más usual la caída desde altura sobre un pie en dorsiflexión e inversión.

Analizaremos esta patología a raíz de un caso de nuestro centro.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 79 años que acude al servicio de urgencias por **dolor, impotencia y deformidad en tobillo derecho** tras ser atropellada en vía pública. A la exploración (fig1.) se objetiva deformidad evidente de tobillo derecho que se auto-reduce durante la exploración. Asocia amplia **herida inciso-contusa circunferencial que rodea el tobillo** a la altura de los maleolos sin sangrado activo en el momento de la exploración.

Tras la exploración inicial se comprueba reducción de articulación tibio-astragalina y **ausencia de fracturas**. Se retiran restos groseros de suciedad, se inicia antibioterapia y se inmoviliza con férula.

## RESULTADOS

En quirófano se objetiva (fig.2):

- Desinserción completa del retináculo de los peroneos
- Rotura del complejo ligamentario externo del tobillo
- Sección parcial del vientre muscular del extensor de los dedos y
- Sección de toda la cápsula articular anterior del tobillo.
- Integridad de la arteria tibial anterior y nervio peroneo profundo y superficial.

Se realiza **anclaje-reinserción mediante arpones transóseos del retináculo de los peroneos, complejo ligamentario externo, y sutura simple del desgarro del extensor de los dedos y de la cápsula articular** (fig. 5). Se comprueba congruencia articular mediante escopia intraoperatoria. Alta 4 días después con evolución satisfactoria hasta el momento y sin presencia de complicaciones.



**Fig 1.** Aspecto en box de urgencias. Herida circunferencial.



**Fig 2.** Aspecto en quirófano. Obsérvese integridad de arteria tibial anterior y nervio peroneo profundo.



**Fig 3.** Rx en urgencias tras auto-reducción.



**Fig 4.** Test de estrés escopia intraoperatoria.



**Fig 5.** Rx de control, donde se visualizan los arpones empleados para reanclar el retináculo de los peroneos. Congruencia articular.



## CONCLUSIONES

Debido a la escasa incidencia de esta patología, no existe un tratamiento estandarizado, pero podría generalizarse de la siguiente forma:

- **Luxaciones cerradas:** reducción precoz e inmovilización durante 6 semanas, evitando carga durante las 3 primeras.
- **Luxaciones abiertas:** requieren un abordaje agresivo como fue en nuestro caso, combinando desbridamiento + antibioterapia +- reparación ligamentaria y capsular.

Aún así, existe controversia sobre la utilización de fijadores externos o la necesidad de reparación ligamentaria y capsular.