

# Luxación periastragalina o tobillo “fuera”: serie de casos

Garcelán Pecharromán Y, Villalba Criado I, Muñoz de la Espada López M, Coraspe Falcón LA, Camacho Jañez C.  
Hospital Universitario de Móstoles, Madrid

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las luxaciones periastragalinas son una entidad **poco frecuente (<1%)** dentro de las lesiones traumáticas del pie. Se clasifican según el desplazamiento del pie sobre el calcáneo: **medial (85%)**, lateral (15%), posterior (2,5%) y anterior (<1%).

Frecuentemente se asocian a traumatismos de alta energía (70%) en varones (M: F, 6:1) jóvenes y activos.

En su mayoría están acompañadas por fracturas de maléolos, astrágalo o 5º metatarsiano.

El tratamiento se resume al tipo de reducción, puede ser cerrada o **abierta (48%)**, y dependiendo de las lesiones asociadas precisar intervención quirúrgica asociada in situ o posterior.

El principal objetivo es presentar una serie de casos clínicos atendidos en nuestro hospital con luxaciones periastragalina mediales y cerradas todas, el manejo y evolución de estas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Serie de casos compuesta por 4 pacientes jóvenes, deportistas que sufren una caída con el pie en **inversión y flexión plantar**. Presentan dolor, impotencia funcional y deformidad con **pie supinado y aducido**. Mediante radiografía se confirma el diagnóstico de luxación periastragalina medial, aislada en 3 casos y asociada a fracturas en 1.

## RESULTADOS

Se realiza una **reducción cerrada mediante tracción, eversión forzada y flexión plantar**, inmovilizando con férula suropédica. Posteriormente a la reducción, se realiza **TC** en búsqueda de fracturas asociadas y valoración de superficies articulares. En las luxaciones aisladas se mantiene férula suropédica durante 4 semanas, después se cambia por órtesis permitiendo movilidad pasiva y carga progresiva. Todas las anteriores presentan una evolución clínica y radiológicamente satisfactoria. Por otro lado, la luxación con fracturas asociadas (maléolo peronéo, escafoides y cuboides) se realiza una reducción abierta y fijación interna con un pronóstico menos favorable.



Radiografía inicial



Post reducción



Seguimiento 2 años

## CONCLUSIÓN

Es prioritario una rápida reducción de la luxación para disminuir el riesgo de complicaciones tempranas: infección, necrosis cutáneas y lesiones vasculares; y tardías: NAV (10-30%), artrosis (50-80%) y disminución movilidad subastragalina (80%).

Debemos evaluar estabilidad articular, debido al estrés perimaleolar puede haber una ruptura de los **ligamentos talocalcáneos y talonaviculares**.

Es recomendable la realización de un TC postreducción para descartar fracturas asociadas y valorar la integridad de superficies articulares.

Tras un periodo de inmovilización es preciso realizar rehabilitación para una recuperación completa y vuelta a la actividad deportiva.