

# Luxación subastragalina asociada fractura de calcáneo

Elena María García García, Isabel Medrano Morte, Bárbara Sánchez Sabater, África Dakota Lluna Llorens, Alba Herrero Brocal, Alba Palazón Moreno.

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer., Murcia, España.

**Introducción:** La luxación subastragalina se produce como consecuencia de un traumatismo de alta energía en el paciente joven. Lo más frecuente es que sea medial y asociada a otras fracturas del tarso.

**Objetivo:** El objetivo es presentar las imágenes radiológicas así como en manejo de urgencias de una luxación subastragalina asociada a fractura de calcáneo.

**Material y Método:** Paciente varón de 53 a, que acude a urgencias por dolor y gran tumefacción del pie izquierdo. Refiere traumatismo directo en pie tras un accidente de moto. El paciente padece trastorno bipolar. Clínicamente el pie está tumefacto, con deformidad del retropié. En las imágenes de radiología simple (Imagen 1) podemos observar una incongruencia de las articulaciones subastragalina y calcaneocuboidea, y una fractura del calcáneo.



Imagen 1: Imagen de radiología simple AP, lateral del tobillo y axial de calcáneo.



Imagen 2: Imagen de radiología simple del control posquirúrgico: AP y lateral de tobillo.

**Resultados:** En las imágenes de TC podemos observar una fractura del calcáneo estando el fragmento lateral luxado, junto a fractura conminuta en la apófisis anterior del calcáneo. Existe también una subluxación de la articulación con el cuboides.

Bajo sedación en quirófano se intenta reducción cerrada de la articulación subastragalina, sin éxito, por lo que se decide bajo anestesia general y mediante abordaje lateral sobre el seno del tarso, se realiza reducción abierta con ayuda de clavo de Steinmann más fijación temporal tibio-astrágalo-calcáneo con clavo de Steinmann y férula suropédica (Imagen 2). Durante un mes se mantuvo la férula, que fue retirada y sustituida por una bota ortopédica manteniendo la descarga durante un mes más. Posteriormente, se autorizó la carga parcial con muletas y bota, hasta su retirada progresiva.

Tras 10 meses de seguimiento, el paciente deambula sin ayuda, con dolor mecánico en retropié, inflamación nocturna y disestesias en planta del pie con adecuado control radiológico (Imagen 3). Actualmente no nos planteamos otra intervención quirúrgica, si bien en el futuro no descartamos artrodesis del retropié.



Imagen 3: Imagen de radiología simple tobillo AP y lateral en carga.

**Conclusión:** La luxación subastragalina es una lesión poco frecuente, pero es imprescindible conocerla para un correcto tratamiento de urgencias. Ante la imposibilidad de reducción cerrada, debemos realizarla abierta para minimizar el riesgo de osteonecrosis calcánea o astragalina. En nuestro caso, la asociación con una fractura de calcáneo de esas características nos impiden la reducción cerrada y estabilización con yeso, por lo que hemos asociado la fijación temporal con un clavo de Steinmann

Los autores declaran no presentar conflicto de intereses