

Casos Clínicos

Luxación peritalar lateral en un jugador de baloncesto. Reporte de caso

Íñigo Úbeda-Pérez de Heredia^{a,*} 

^a Grupo Beiman Instituto Andaluz de Medicina Deportiva, Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, España.



RESUMEN

La luxación periastragalina es una lesión de baja incidencia que puede desembocar en secuelas que impiden el retorno a la actividad laboral o deportiva. El tratamiento suele ser conservador salvo en las luxaciones abiertas, irreductibles, compromiso neurovascular o ante lesiones asociadas que indiquen la cirugía.

Se presenta el caso de un jugador de baloncesto que sufrió una luxación periastragalina lateral, la cual se trató de forma conservadora mediante reducción cerrada bajo sedación, inmovilización con férula de yeso durante 6 semanas y posterior rehabilitación funcional.

Cuatro meses después del accidente el paciente fue dado de alta médica con un déficit de dorsiflexión de 25°, sin dolor ni inestabilidad, aunque tuvo que abandonar la competición deportiva.

Palabras clave: Luxación; Periastragalina; Talar; Astrágalo; Deporte; Conservador.

Lateral peritalar dislocation in a basketball player: case report

ABSTRACT

Peritalar dislocation is a low-incidence injury that can lead to sequelae preventing the return to work or sports activities. Treatment is usually conservative, except in cases of open, irreducible dislocations, neurovascular compromise, or associated injuries that indicate surgery.

We present the case of an amateur basketball player who suffered a lateral peritalar dislocation, which was treated conservatively with closed reduction under sedation, immobilization with a plaster splint for 6 weeks, and subsequent functional rehabilitation.

Four months after the accident, the patient was discharged with a 25° dorsiflexion deficit, without pain or instability, but ceased competitive sports.

Keywords: Dislocation; Peritalar; Subtalar; Talus; Sports; Conservative.

Luxação peritalar lateral em um jogador de basquete: relato de caso

RESUMO

A luxação periastragalina é uma lesão de baixa incidência que pode resultar em sequelas que impedem o retorno à atividade laboral ou esportiva. O tratamento geralmente é conservador, exceto em casos de luxações abertas, irreductíveis, comprometimento neurovascular ou lesões associadas que indiquem cirurgia.

Apresentamos o caso de um jogador amador de basquete que sofreu uma luxação peritalar lateral, tratada de forma conservadora com redução fechada sob sedação, imobilização com tala de gesso por 6 semanas e posterior reabilitação funcional.

Quatro meses após o acidente, o paciente recebeu alta médica com um déficit de dorsiflexão de 25°, sem dor ou instabilidade, abandonando a competição esportiva.

* Autor de Correspondencia: Íñigo Úbeda Pérez de Heredia, Beiman Instituto Andaluz de Medicina Deportiva, Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, Teléfono: +34 607 22 75 61, Glorieta de las Cigarreras 1, local 3. 41011-Sevilla, iusevilla@us.es (Íñigo Úbeda-Pérez de Heredia)

Palavras-chave: Luxação; Periastragalina; Talar; Astrágalo; Esporte; Conservador.

INTRODUCCIÓN

El astrágalo es un hueso particular puesto que está completamente cubierto por cartilago hialino, careciendo de inserciones tendinosas ni ligamentarias. Desde el punto de vista anatomofuncional absorbe el peso corporal, lo distribuye hacia el resto del pie y participa en tres articulaciones: la tibioperoneoastragalina, la subastragalina y la astragaloescafoidea¹.

Las luxaciones del astrágalo se producen por un traumatismo de alta energía donde, en función del vector de la fuerza, el astrágalo se luxa en dirección anterior, posterior, medial o lateral. De esta manera y en función de la articulación afectada, las luxaciones del astrágalo se pueden dividir en: 1) *luxatio tali totalis*, donde el astrágalo se luxa de las tres articulaciones; 2) *luxatio pedis cum talus*, en la que el astrágalo se luxa de la articulación tibioastragalina, y 3) *luxatio pedis subtalus* o luxación periastragalina, cuando el astrágalo se disloca de las articulaciones subastragalina y astragaloescafoidea¹.

Las luxaciones del astrágalo fueron descritas por Dufarest y Judey en 1811². Posteriormente, Malgaigne estableció subvariantes dependiendo de la posición del calcáneo respecto al astrágalo³. Grantham acuñó el término *basketball foot* porque una parte importante de los pacientes incluidos en sus estudios sufrieron esta lesión mientras jugaban a baloncesto⁴.

Las luxaciones periastragalinas apenas representan el 2% de las luxaciones de todas las grandes articulaciones y solo el 1% de las lesiones traumáticas del pie¹⁻⁵. Las más infrecuentes son las luxaciones anteriores y las posteriores (3%), seguidas por las laterales (17%), siendo algo más frecuentes las mediales (80%). Dado que las luxaciones anteriores y posteriores siempre cursan con cierto grado de desplazamiento medial o lateral, algunos autores las clasifican dentro de las luxaciones periastragalinas medial y lateral⁶⁻⁹.

Un tratamiento defectuoso se traduce en déficits funcionales que, a veces, se diagnostican años después de la lesión debido a dolor crónico del mediopie, por tanto, debe realizarse un correcto manejo terapéutico, siendo el tratamiento habitual la reducción cerrada bajo sedación, anestesia regional o general, reservándose la reducción quirúrgica para los casos de luxación irreductible, luxación abierta, lesión neurovascular o lesiones asociadas^{7,10,11}.

CASO CLÍNICO

Se trata de un jugador masculino de baloncesto, de 24 años, sin antecedentes médicos de interés, que sufrió una torcedura del pie izquierdo por un apoyo defectuoso después de dar un salto para coger un rebote.

El Jugador fue trasladado a su mutualidad deportiva, en donde presentó deformidad del pie con dolor e impotencia funcional. En el estudio radiológico convencional se apreció una luxación periastragalina lateral con incongruencia de las articulaciones subtalar y talonavicular (Figura 1). Se inmovilizó el tobillo con una férula supropédica y se derivó al hospital de referencia.

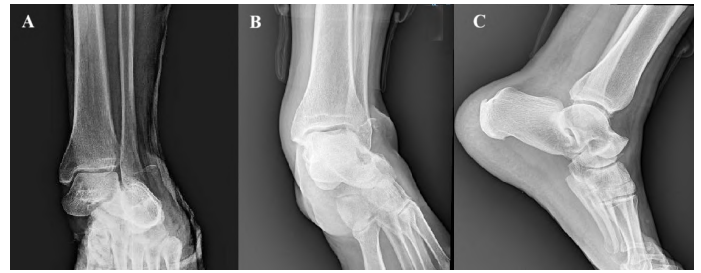


Figura 1. Estudios de radiología simple del tobillo izquierdo del lesionado, con proyecciones anteroposterior (A), oblicua (B) y lateral (C), realizadas en la primera asistencia. Se aprecia la luxación periastragalina con desplazamiento lateral del calcáneo y de la articulación de Chopart, con congruencia de la articulación tibiotalar o talocrural (*luxatio pedis subtalus*).

Al ingreso en el servicio de urgencias hospitalarias se confirmó la existencia de la lesión, descartándose daño neurovascular. Se intentó realizar una reducción cerrada con maniobras incruentas que resultó infructuosa, por lo que se llevó a cabo en el quirófano, bajo sedación, comprobándose la reducción de la luxación mediante fluoroscopia. Se inmovilizó con férula supropédica y se solicitó tomografía computarizada (TC) en el cual se apreció una pequeña fractura en el margen posteroinferior del maléolo peroneo, mínima fractura marginal de la apófisis lateral del astrágalo y pequeño fragmento óseo en el margen anterior de la tibioastragalina (Figura 2).

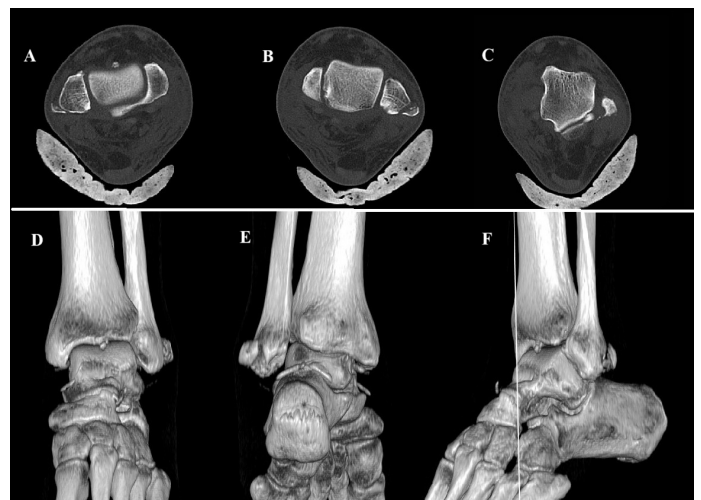


Figura 2. Imágenes convencionales de TC del tobillo y reconstrucción tridimensional, realizado tras la reducción de la luxación. Se evidencia una pequeña fractura en el margen posteroinferior del maléolo peroneo (B,C,D,E,F), pequeño fragmento óseo en el margen anterior de la tibioastragalina (A,D,F) y mínima fractura marginal de la apófisis lateral del astrágalo (C,D,F).

A las 6 semanas de inmovilización y descarga del miembro afectado, se retiró la férula de yeso y se inició tratamiento de rehabilitación con terapia antiedema, técnicas vasopresivas, movilización y ejercicios propioceptivos, iniciando carga parcial con dos bastones ingleses hasta conseguir una deambulación sin ayudas a los 3 meses.

Tras completar 4 meses de tratamiento, el paciente fue dado de alta con una limitación del balance articular de 25° para la dorsiflexión del tobillo, recuperación de la flexión plantar, la inversión y la eversión del pie. El patrón de marcha estaba normalizado y reanudó su actividad habitual con la excepción de actividades deportivas de carrera y salto.

DISCUSIÓN

La luxación periastragalina lateral se produce por una fuerza indirecta que lesiona los elementos capsulares, ligamentarias y, en ocasiones, óseos, de las articulaciones subastragalina y astragaloescafoidea, de manera que se produce un desplazamiento lateral de los huesos tarsianos sobre el astrágalo, el cual queda normoposicionado en la mortaja tibioperonea⁵. Se trata de una lesión muy infrecuente que se produce mayoritariamente en varones jóvenes en el contexto de accidentes de tráfico, caídas de altura y actividades deportivas⁵⁻⁹.

Ante una luxación periastragalina es obligada una exploración neurovascular, pues se han descrito hasta un 70% de lesiones neurovasculares en las luxaciones laterales⁵ sobre todo por la lesión de la arteria del canal del tarso, rama de la arteria tibial posterior, que puede conllevar a necrosis avascular y/o a osteoartritis de la articulación subastragalina⁶.

La luxación debe reducirse a la mayor brevedad para evitar las complicaciones y se recomiendan estudios de imagen mediante TC post-reducción para confirmar una reducción anatómica y valorar la existencia de fracturas asociadas⁸. Ha de tenerse en cuenta que las luxaciones laterales tienen un peor comportamiento debido a que precisan una energía mayor para su producción y que hasta un 47% de los casos pueden ser irreductibles debido a la interposición del tendón del tibial posterior o del flexor del primer dedo. Si la reducción cerrada no es posible o ante luxaciones abiertas o asociación de otras lesiones que la indiquen, debe procederse a la cirugía, que, según los casos, puede consistir en fijación externa o artrodesis (temporal o permanente) con agujas o tornillos, seguida de inmovilización durante 4 a 6 semanas y posterior rehabilitación funcional^{1,7,9-11}.

El caso que se presenta resulta de interés ya que el mecanismo de producción no es el propio de las luxaciones peritalares, que necesitan un traumatismo de alta energía. Por otra parte, aun cuando la luxación se asoció con algunas lesiones óseas, por su localización no contribuyeron en el mecanismo de la luxación ni fueron causantes de la incongruencia articular de las articulaciones afectadas, por lo que el caso puede extrapolarse al de una luxación periastragalina lateral pura, cuya incidencia es extremadamente rara^{7,12,13}.

CONCLUSIONES

Las luxaciones periastragalinas laterales son muy infrecuentes y, normalmente, están ocasionadas por traumatismos de alta energía. Los casos de luxaciones cerradas, sin interposición de partes blandas, normalmente se reducen ortopédicamente bajo sedación o anestesia. Cuando ello no es posible se debe recurrir al tratamiento quirúrgico, siempre de manera urgente puesto que una reducción precoz y correcta reduce la posibilidad de desarrollar complicaciones.

Es importante que previamente y después de la reducción debe prestarse atención a la existencia de compromiso neurovascular y se recomienda realizar un estudio mediante TC post-reducción para confirmar una reducción anatómica y valorar la existencia de fracturas asociadas. Tras la reducción, se aconseja inmovilizar el miembro por periodos no prolongados de entre 4 a 6 semanas, siendo recomendable un tratamiento de fisioterapia una vez retirada la inmovilización.

REFERENCIAS

1. Graef F, Rühling M, Niemann M, Stöckle U, Gehlen T, Tsitsilonis S. Retrospective analysis of treatment strategies and clinical outcome of isolated talar dislocations. *J Clin Orthop Trauma*. 2021;23:101648. doi: 10.1016/j.jcot.2021.101648.
2. Judey P. Observation d'une luxation métatarsienne. *Bull Fac Med Paris*. 1811;11:81-6.

3. Malgaigne JF, Burger DC. Die Knochenbrüche und Verrenkungen. Stuttgart: Rieger; 1856. p. 820.
4. Grantham SA. Medial subtalar dislocations: five cases with a common etiology. *J Trauma*. 1964;4:845-9.
5. Gómez Alcaraz J, Ajuria Fernández E, García López JM, Capel Agúndez A, Sánchez Morata E, Vilá y Rico J. Luxaciones periastragalinas: análisis de una serie de casos. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2024;68:142-50. doi: 10.1016/j.recot.2023.05.015.
6. Severyns M, Dudouit S, Carret P, et al. Talar dislocation: is reimplantation a safe procedure? *J Foot Ankle Surg*. 2020;59(5):1101-5. doi: 10.1053/j.jfas.2019.09.042.
7. Prada Cañizares AC, García Robledo HM, Auñón Martín I, Vilá y Rico J. Luxación periastragalina lateral pura: a propósito de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Pie Tobillo*. 2015;29(1):38-41. doi: 10.1016/S1697-2198(16)30008-8.
8. Prada-Cañizares A, Auñón-Martín I, Vila y Rico J, Pretell-Mazzini J. Subtalar dislocation: management and prognosis for an uncommon orthopaedic condition. *Int Orthop*. 2016;40:999-1007. doi: 10.1007/s00264-015-2910-8.
9. Garofalo R, Moretti B, Ortolano V, Cariola P, Solarino G, Wettstein M, et al. Peritalar dislocations: a retrospective study of 18 cases. *J Foot Ankle Surg*. 2004;43:166-72. doi: 10.1053/j.jfas.2004.03.008.
10. Kou JX, Fortin PT. Commonly missed peritalar injuries. *J Am Acad Orthop Surg*. 2019;17:775-86. doi: 10.5435/00124635-200912000-00006.
11. Arain AR, Adams CT, Haddad SF, Moral M, Young J, Desai K, Rosenbaum AJ. Diagnosis and treatment of peritalar injuries in the acute trauma setting: a review of the literature. *J Orthop Trauma*. 2020;34:1852025. doi: 10.1155/2020/1852025.
12. Sanz Hospital FJ. Luxaciones periastragalinas. En: Nuñez-Samper M, Llanos LF, editores. *Biomecánica, medicina y cirugía del pie*. Madrid: Masson; 2007. p. 47.
13. Perugia D, Basile A, Massoni C, Gumina S, Rossi F, Ferretti A. Conservative treatment of subtalar dislocations. *Int Orthop*. 2002;26(1):56-60. doi: 10.1007/s002640100296.