

FRACTURA-LUXACIÓN SUBASTRAGALINA MEDIAL ABIERTA IRREDUCTIBLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gañán Riesco D., Ammari Sánchez-Villanueva F., Arroyo Padilla E. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla, 2025)



INTRODUCCIÓN

Las luxaciones subastragalinas suponen menos del 1% de todas las luxaciones, afectando simultáneamente a la articulación talocalcánea y talonavicular. La variante medial representa hasta el 85% de los casos, frecuentemente asociada a fracturas y con riesgo elevado de complicaciones (artrosis, necrosis avascular). El objetivo de este trabajo es presentar el manejo quirúrgico de un caso de fractura-luxación subastragalina medial abierta irreducible y discutir su evolución clínica a 15 meses, en relación con la literatura reciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Paciente: varón de 34 años, caída en bicicleta bajo efecto de alcohol.
- Exploración: deformidad en equino-inversión ("clubfoot adquirido") con herida de 1 cm en maléolo peroneo (Fig. 1).
- Radiología: Rx evidenció luxación subastragalina derecha (Fig. 2). TC mostró luxación medial con fracturas de tubérculo medial y cola del astrágalo (Fig. 3).
- Diagnóstico: fractura-luxación subastragalina medial abierta (Gustilo I).
- Tratamiento: reducción abierta mediante doble abordaje (anteromedial y anterolateral), exéresis de fragmentos bloqueantes, reparación ligamentaria con arpones y estabilización con fijador externo.

RESULTADOS

RESULTADOS

- Evolución clínica y funcional:
- Febrero 2024 (postquirúrgico inmediato): reducción anatómica y fijador externo.
 - Abril 2024 (2 meses): retirada de fijador, heridas en resolución, rigidez marcada del tobillo. Inicio de carga progresiva.
 - Mayo 2024 (3 meses): carga parcial 50% con muletas, EVA 0, dorsiflexión conservada, limitación plantar; cambios vasculares residuales. RX: buena congruencia, signo de Hawkins positivo.
 - Octubre 2024 (8 meses): tras fisioterapia, camina sin muletas, flexoextensión parcialmente recuperada, subastragalina rígida, no puede correr.
 - Mayo 2025 (15 meses): vida diaria prácticamente normal, evita deportes de contacto y esfuerzos intensos. RX y RMN con cambios degenerativos incipientes → derivación a unidad de pie.



Fig. 1: Primera exploración en urgencias.



Fig. 2: Radiografía lateral inicial.



Fig. 3: Radiografía anteroposterior inicial.

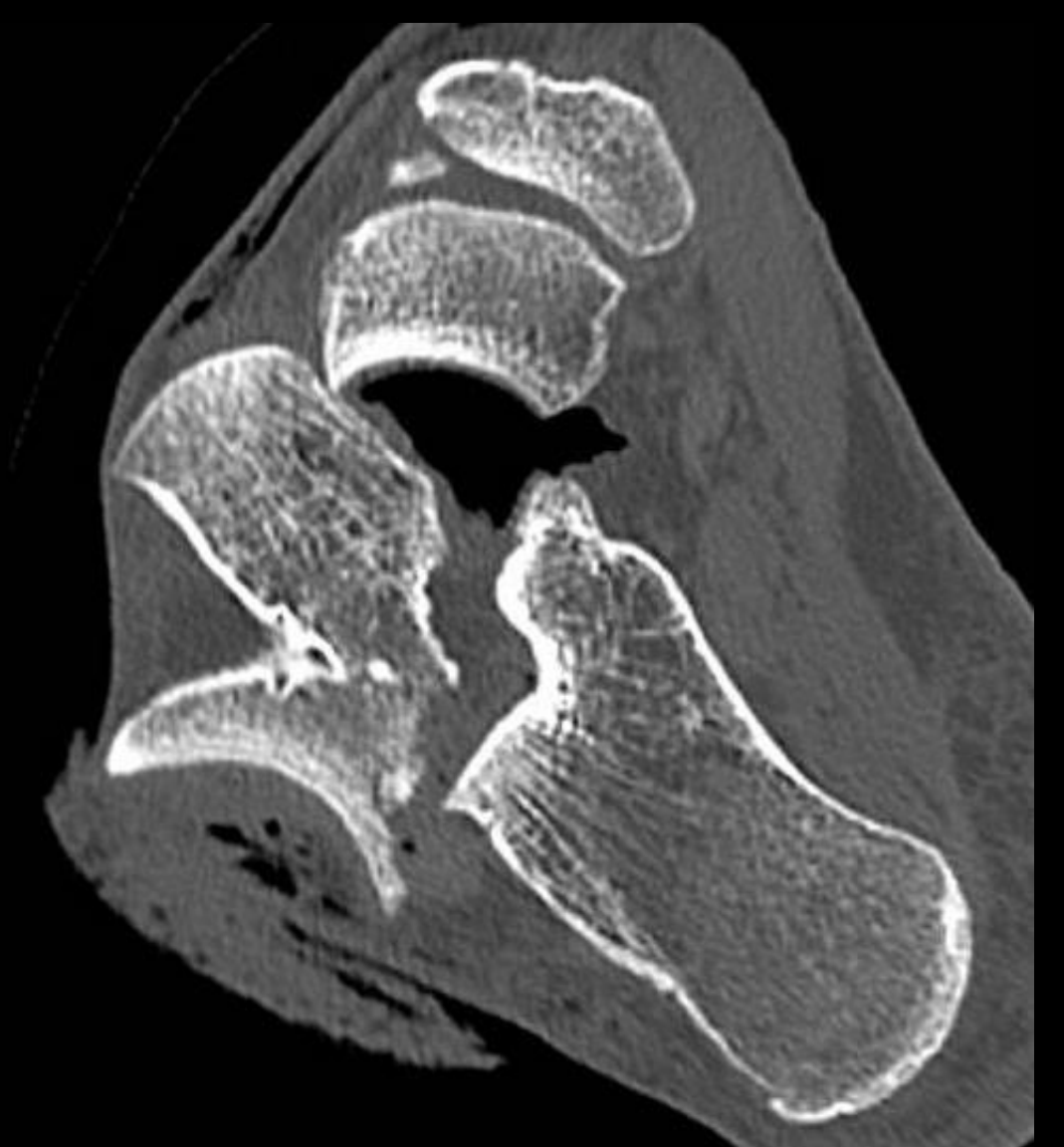


Fig. 4: Corte axial de TAC en el que se observa impronta de astrágalo en la piel.



Fig. 5 Reconstrucción 3D de TAC inicial en el que se observa fractura comminuta posteromedial de cúpula astragalina



Fig. 6: Visión anteroposterior de la reconstrucción 3D.

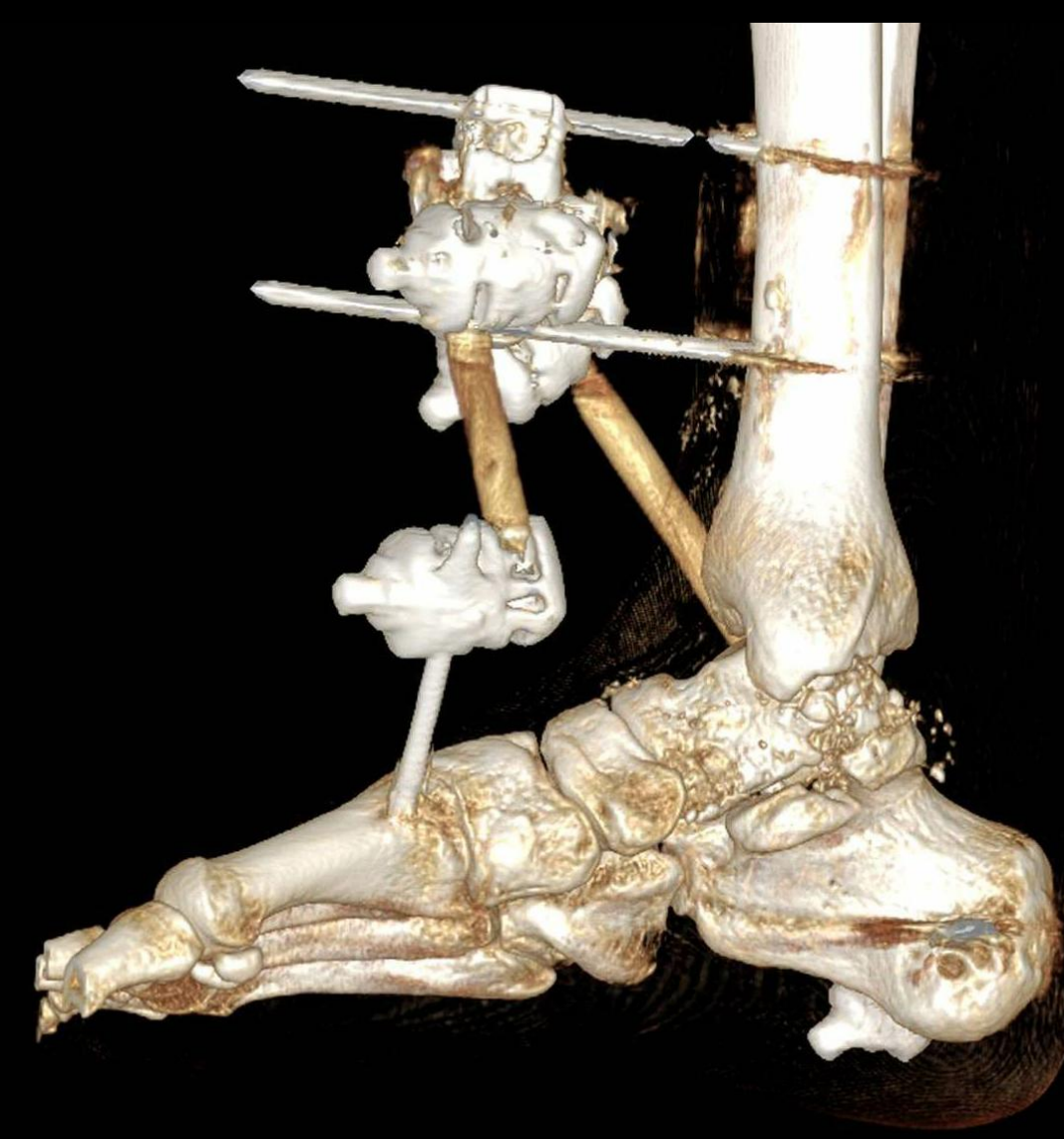


Fig. 7: Control TAC postquirúrgica (medial)

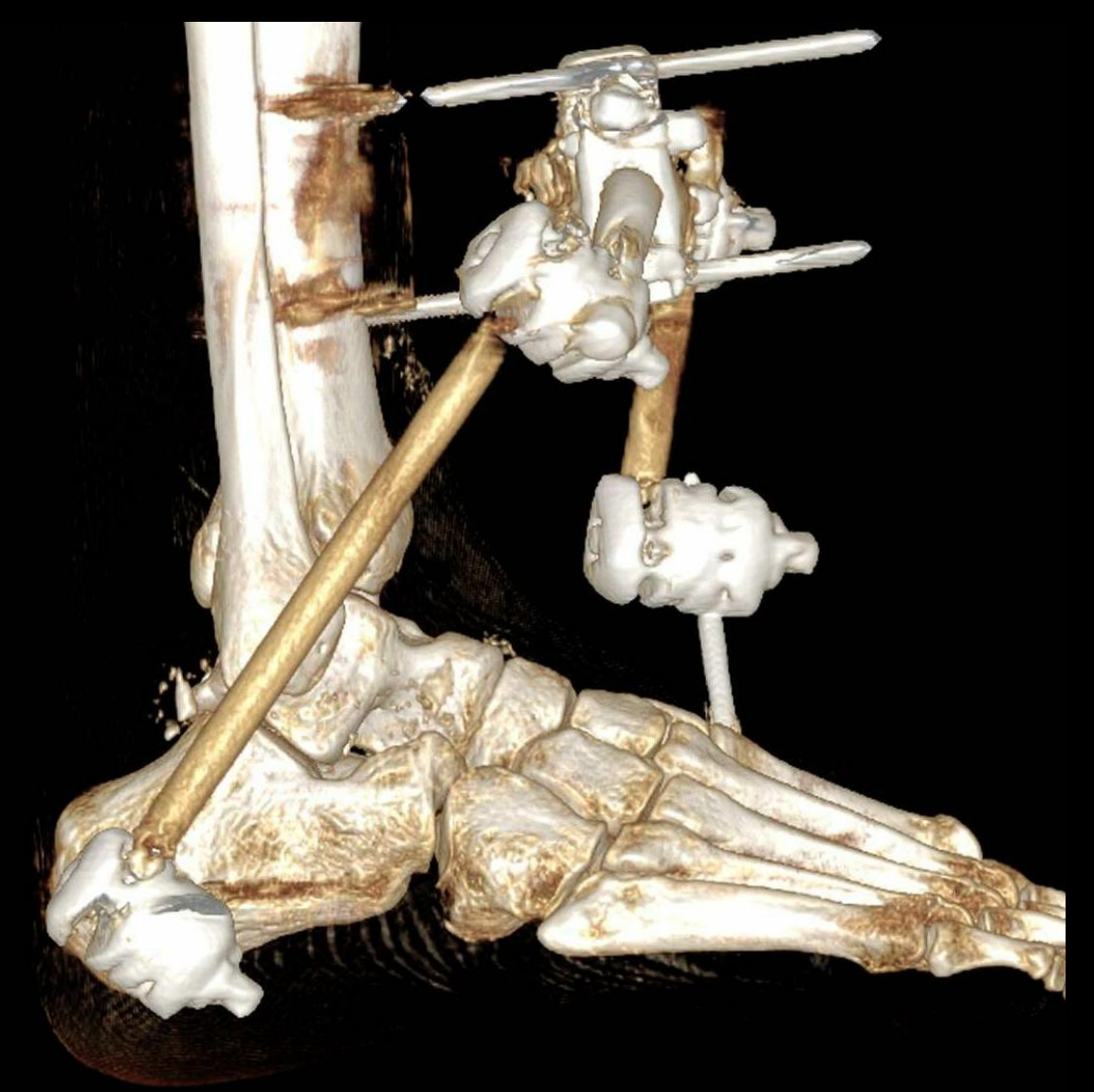


Fig. 8: Control TAC postquirúrgica (lateral)



Fig. 9: Detalle de fractura de astrágalo postreducción.



Fig. 10: Radiografía lateral en carga a los 3 meses. Hawkins +



Fig. 11: Radiografía contralateral a los 6 meses.

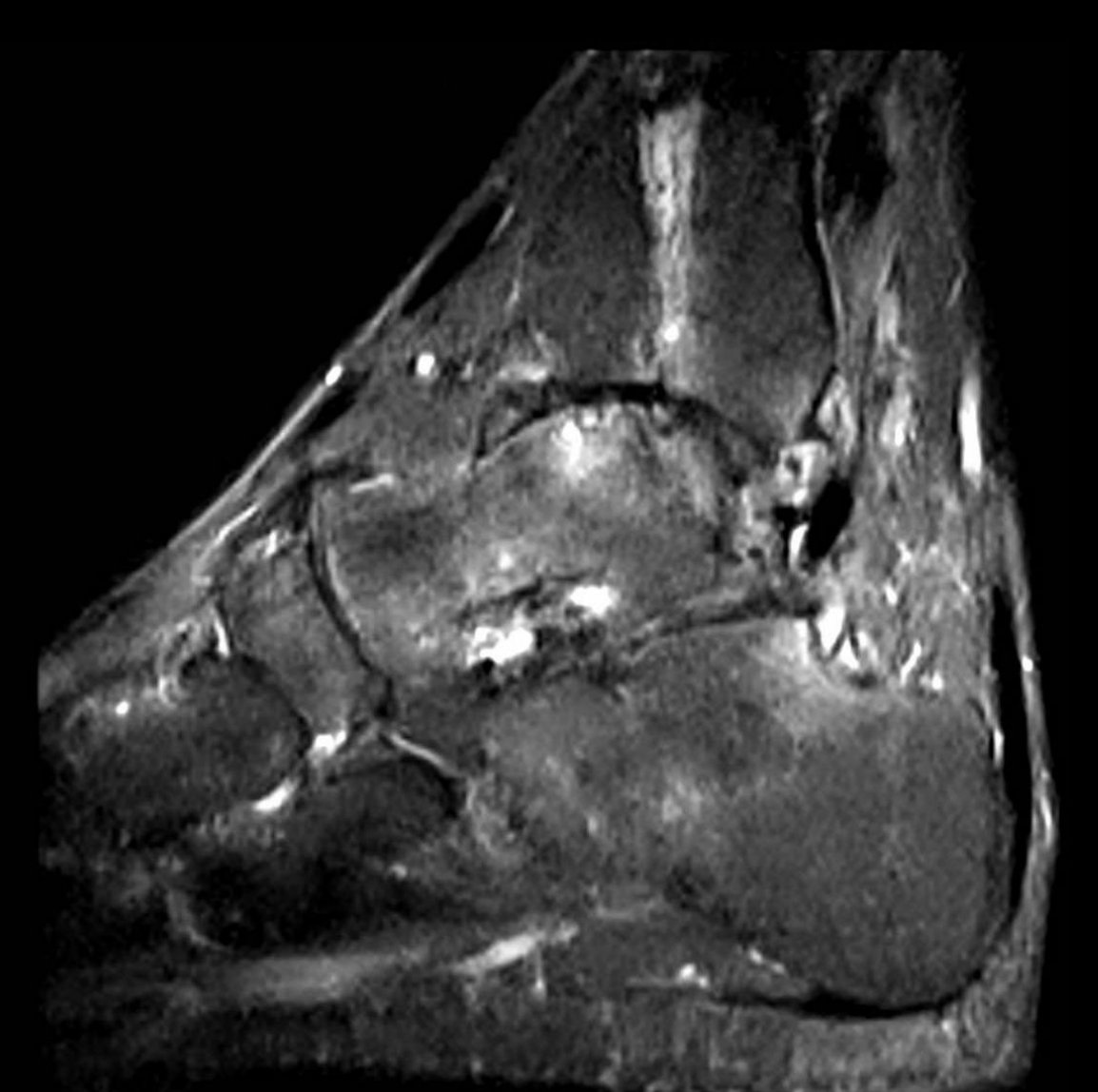


Fig. 12: Resonancia magnética al año describe lesiones osteocondrales crónicas y cambios degenerativos.

CONCLUSIONES

- La luxación subastragalina medial suele ser reducible de forma cerrada, pero hasta un 15-20% requieren reducción abierta.
- El abordaje doble anteromedial-lateral permite retirar fragmentos encarnerados y reparar estructuras ligamentarias.
- El uso de fijador externo es una opción segura en luxaciones abiertas con compromiso de partes blandas.
- El seguimiento a 15 meses confirma la evolución funcional aceptable, pero con rigidez subtalar y cambios degenerativos precoces.
- La fisioterapia intensiva facilita recuperación de la marcha, aunque persisten limitaciones para actividad deportiva.