

Luxación de tobillo sin fractura asociada: caso clínico y nueva clasificación

Ankle dislocation with no associated fracture: a case and new classification

Luxation de cheville sans fracture associée : cas clinique, nouvelle classification

Antonio García-Jiménez, Mireia Gómez-Masdeu, Gemma González-Lucena, José Carlos González-Rodríguez

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, España.

RESUMEN

La luxación cerrada sin fractura asociada de tobillo es una entidad extremadamente rara. Se presenta el caso de un hombre de 35 años que se lesionó mientras jugaba fútbol. El tratamiento consistió en reducción cerrada seguido de inmovilización con una botina de yeso durante 6 semanas y descarga de la extremidad las primeras 10 semanas. A los 12 meses de seguimiento, el paciente había retomado la práctica deportiva con un rango de movimiento completo. Se revisó la bibliografía existente y se propone una nueva clasificación.

Palabras clave: tobillo, luxación, tibioastragalina, sin fractura.

ABSTRACT

Closed dislocation of ankle with no associated fracture is an extremely rare entity. A case of 35 year-old man who was injured while playing soccer is presented. The treatment consists of closed reduction followed by immobilization with a walking cast

for 6 weeks and unloading of the injured extremity the first 10 weeks. At 12 months follow-up, the patient had reinitiated sport at full range of motion. The literature was reviewed and a new classification is proposed.

Keywords: ankle, dislocation, tibiotalar, no fracture.

RÉSUMÉ

La luxation fermée de cheville sans fracture associée est une affection très rare. Le cas d'un homme (35 ans) lésé en jouant au football est présenté. Le traitement a consisté en réduction fermée, suivie d'immobilisation par botte plâtrée pendant 6 semaines, et mise en décharge du membre inférieur les dix premières semaines. Douze mois après, le patient a repris la pratique sportive en un rang de mouvement complet. On a fait une revue de la littérature, et on propose une nouvelle classification.

Mots clés: Cheville, luxation, tibioastragalienne, sans fracture.

INTRODUCCIÓN

La luxación tibioastragalina ocurre habitualmente secundaria a un accidente de alta energía o durante la práctica deportiva. Casi siempre se acompaña de fracturas maleolares debidas a la alta resistencia mecánica que confiere la particular arquitectura de la mortaja tibioastragalina y los ligamentos colaterales.

Se presenta el caso de un paciente con luxación tibioastragalina sin fracturas asociadas, secundaria a un accidente deportivo de baja energía, y de revisa la literatura existente.

CASO CLÍNICO

Un hombre de 35 años, sin antecedentes médicos de interés, llegó al servicio de Urgencias de traumatología de nuestro centro con dolor y deformidad en el tobillo derecho tras una lesión producida por un mecanismo de inversión forzada durante un juego de fútbol. El examen físico revelaba una gran deformidad del tobillo con dolor al más mínimo movimiento. No existían lesiones de partes blandas ni sufrimiento cutáneo, y la exploración neurovascular distal era correcta.

Se realizó una radiografía simple, proyecciones anteroposterior y perfil, que mostró una luxación tibiaostralina lateral sin fracturas asociadas (Fig. 1-A).

Bajo sedación en quirófano y con control fluoroscópico, se realizó reducción cerrada de la luxación con control radiológico posterior satisfactorio (Fig. 1-B).



Fig. 1 A. Radiografía al llegar el paciente a Urgencias, donde se puede observar la luxación tibiaostralina sin signos de fractura. B. Reducción cerrada de la luxación con control radiológico posterior satisfactorio.

El paciente fue tratado conservadoramente mediante inmovilización con botina de yeso durante 6 semanas en descarga. Inició entonces carga parcial progresiva hasta alcanzar la carga completa pasadas 4 semanas.

RESULTADOS

Cinco meses después de la luxación se realizó una resonancia magnética en la que se observó una articulación tibiaostralina de apariencia normal sin afectación de las superficies articulares. Tampoco se apreciaban signos de afectación ligamentosa.

Un año más tarde, el paciente presentaba un balance articular completo del tobillo sin inestabilidad, y había retomado completamente su práctica deportiva previa.

DISCUSIÓN

Las luxaciones tibiaostrales sin fracturas asociadas son lesiones poco frecuentes: menos de 80 casos han sido descritos en la literatura como series cortas o como casos clínicos.¹ Estas lesiones se pueden presentar de forma cerrada, aunque más del 50 % lo hacen de forma abierta.²

Se clasifican en 5 grupos de acuerdo con Fahey y Murphy:³ anterior, posterior, medial, lateral y combinadas. Las luxaciones posteriores serían las más frecuentes.⁴ El caso clínico presentado se correspondería con una luxación lateral. Esta clasificación no incluye un tipo excepcional de luxación de tobillo sin fractura, la luxación superior, que sí incluye *Rivera* en su clasificación.⁵ Nosotros proponemos la unión de ambas clasificaciones en una más completa de acuerdo a las proyecciones anteroposterior y perfil de la radiografía simple: 1) anterior, 2) posterior, 3) lateral, 4) medial, 5)

superior y 6) combinada. Esta última se subdividiría a su vez en 6a- anterolateral; 6b- anteromedial; 6c- posterolateral; 6d- posteromedial; 6e- anterosuperior, y 6f- posterosuperior (Fig. 2). Cada tipo se podría dividir en abierta o cerrada.

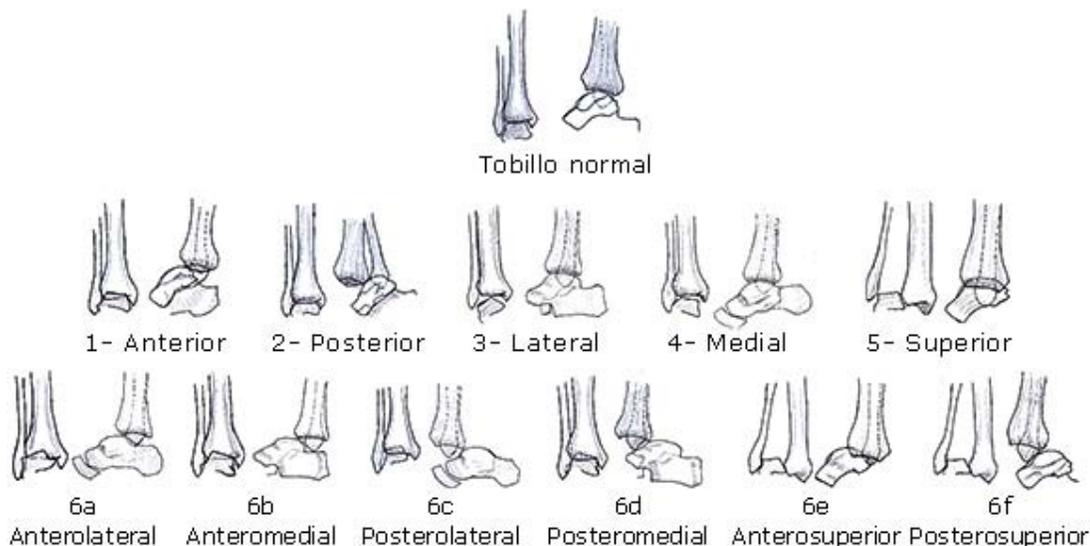


Fig. 2. Clasificación propuesta de las luxaciones tibioastragalinas sin fractura.

Numerosos factores han sido descritos como predisponentes para la luxación de tobillo sin fracturas, los más frecuentes son: la displasia del maléolo medial, la falta de cobertura del astrágalo, la laxitud ligamentosa, los esguinces previos y la debilidad del músculo peroneo.⁶

Típicamente, el mecanismo de lesión es un accidente de alta energía o un accidente deportivo con el tobillo en flexión plantar y el pie en eversión o inversión forzada.⁷

Como se puede observar en el presente caso clínico y en la literatura publicada al respecto, el tratamiento conservador otorga excelentes resultados. No se han encontrado diferencias significativas entre los pacientes tratados quirúrgicamente y aquellos tratados de forma conservadora en cuanto a retorno a su actividad deportiva o laboral, dolor, tumefacción, rigidez, rango de movilidad, atrofia muscular, recidiva, estabilidad mecánica objetiva del tobillo o complicaciones. A pesar de ello, muchos investigadores recomiendan el tratamiento quirúrgico en pacientes atletas jóvenes.⁸ Tras un examen minucioso del estado neurovascular del pie, es necesario realizar una reducción cerrada de forma emergente. Si la reducción cerrada no tiene lugar, será necesario llevar a cabo una reducción abierta lo antes posible. Una reducción diferida potencialmente producirá compromiso neurovascular, necrosis cutánea, condrolisis o necrosis avascular del astrágalo.⁹ Tras la reducción y un nuevo examen neurovascular, el tobillo se inmoviliza con una botina de yeso en posición neutra en descarga durante 6 semanas. Tras este periodo, se permitirá la carga parcial

progresiva hasta alcanzar la carga completa. Se recomienda fisioterapia y un retorno gradual a las actividades previas.²

La resonancia magnética es la técnica de imagen de elección para la detección de lesiones de partes blandas tras la reducción cerrada al ser la de mayor sensibilidad.⁶ Si existiera lesión ligamentosa, esta puede ser reparada incluso años después de la lesión con buenos resultados.²

Las complicaciones neurovasculares son raras, aunque han sido descritas lesiones de los nervios tibial, peroneal superficial y sural, y de la arteria pedia dorsal. Como complicaciones a largo plazo podemos encontrar inestabilidad, rigidez, cambios degenerativos de la superficie articular y calcificación capsular.¹⁰

En conclusión, recomendamos preferentemente el tratamiento conservador de las luxaciones de tobillo sin fracturas asociadas, el cual consiste en reducción cerrada, inmovilización en descarga durante 6 semanas con posterior carga parcial progresiva durante 2-4 semanas más, seguida por fisioterapia y retorno progresivo a las actividades previas, tal y como se hizo en el caso descrito. La clasificación propuesta incluye todos los tipos de luxación de tobillo sin fractura descritos en la literatura, complementando las otras clasificaciones existentes propuestas por otros autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lamraski G, Clegg E. Unusual upward closed tibiotalar dislocation without fracture: A case report. *Foot Ankle Surg.* 2010;16:44-46.
2. Lazarettos I, Brilakis E, Efsthopoulos N. Open ankle dislocation without associated malleolar fracture. *J Foot Ankle Surg.* 2013;52:508-12.
3. Fahey JJ, Murphy JL. Talotibial dislocation of the ankle without fracture. *Surg Clin North Am.* 1965;45:80-101.
4. Karampinas PK, Stathopoulos IP, Vlamis J, Polyzois VD, Pneumatikos S. Conservative treatment of an anterior-lateral ankle dislocation without an associated fracture in a diabetic patient: a case report. *Diabetic Foot & Ankle.* 2012;3:18411. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3402/dfa.v3i0.18411>
5. Rivera F, Bertone C, De Martino M, Pietrobono D, Ghisellini F. Pure dislocation of the ankle: three case reports and literature review. *Clin Orthop.* 2001;382:179-84.
6. Dlimi F, Mahfoud M, Berrada MS, El Bardouni A, El Yaacoubi M. Open medial ankle dislocation without associated fracture: A case report. *Foot Ankle Surg.* 2011;17:e55-7.
7. Hammouda A, El Rayes M, El Kordy S. Posteromedial dislocation of the ankle without fracture. *Foot Ankle Surg.* 2006;12:169-71.
8. Fotiadis E, Kenanidis E, Hytas A, Lyrtzis C, Koimtzis M, Akritopoulou K, et al. Surgical management of closed tibiotalar dislocation: a case report and 2-year follow-up. *J Foot Ankle Surg.* 2009;48:e13-7.

9. Thangarajah T, Giotakis N, Matovu E. Bilateral ankle dislocation without malleolar fracture. J Foot Ankle Surg. 2008;47:441-6.

10. Lui TH, Chan KB. Posteromedial ankle dislocation without malleolar fracture: A report of six cases. Injury. 2012;43:1953-7.

Recibido: 16 de diciembre de 2014.

Aprobado: 27 de febrero de 2015.

Antonio García-Jiménez. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, España. Correo electrónico:

agarciaji@santpau.cat

Dirección: Calle Sant Antoni Maria Claret 167. 08025 Barcelona (España). Teléfono: 93 553 70 31 Fax: 93 553 70 33