



Luxación aislada talo navicular

René Ochoa Cázares,* Mario Cuadra Castillo†

Resumen

Las luxaciones talares y peritalares son eventos raros y usualmente se describen en la literatura como reportes de casos. Son muy pocas las series que han logrado reunir un número suficiente de pacientes con estas lesiones para poderlas clasificar y estudiar. Este tipo de traumas pueden, además, ser fácilmente inadvertidos si no se tiene una sospecha de los mismos y si no se toman los protocolos radiológicos completos adecuados para su diagnóstico. Dentro de ellos, las luxaciones peritalares constituyen apenas un 1% de todas las luxaciones del cuerpo, se trata de luxaciones simultáneas subtalar y talonavicular y usualmente se ven asociadas a fracturas, ya sean del escafoides, cabeza o cuello del astrágalo y en menor incidencia del calcáneo. Presentamos un reporte de caso de una paciente que presentó una luxación aislada talo navicular sin datos de fractura. Tampoco se presenta como la luxación tipo *swivel* (giro inferior) del calcáneo bajo el talus que está descrita en otros reportes de la literatura internacional.

Palabras clave: Luxación navicular aislada, luxación talonavicular sin fractura, luxación tarsal.

Summary

Talar and peritalar dislocations are rare events and are usually described in the literature as case reports, there are few series that have enough number of patients to classify and study these types of injuries. These dislocations can easily be overlooked if one is not suspicious enough to look for them and if there is not an adequate radiographic protocol to make a diagnosis. Peritalar dislocation alone only represent around 1 % of all body dislocations, it compromises simultaneous subtalar and talonavicular joints and are usually associated with navicular, talar neck and talar head fractures and less commonly calcaneus fractures. We present a case report of a female patient that presented an isolated talonavicular fracture with no signs of fractures. The most resembling type of injury in the literature to our case is the "Swivel" talonavicular dislocation, but this one has movement of the calcaneus under the talus, which is not present in this particular case.

Key words: Isolated navicular dislocation, talonavicular dislocation without fracture, tarsal dislocation.

* Ortopedista y Traumatólogo. Director del Curso de Alta Especialidad en Artroscopia y Reconstrucción Articular.

† Residente de Postgrado en Artroscopia y Reconstrucción Articular.

Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

René Ochoa Cázares
Hospital Ángeles Pedregal, Consultorio 504, Camino a Santa
Teresa Núm. 1055-504, Col. Héroes de Padierna, 10700,
Magdalena Contreras, México, D.F.
Correo electrónico: rene_ochoa@prodigy.net.mx

Aceptado: 04-12-2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones talares y peritalares son eventos raros y usualmente se describen en la literatura como reportes de casos. Existen muy pocas series que han logrado reunir un número suficiente de pacientes con estas lesiones para poderlas clasificar y estudiar. Entre ellas están el primer reporte realizado por Main y Jowett en 1975, en el cual reunieron 71 pacientes y clasificaron las lesiones peritalares según la dirección de la fuerza deformante en medial, compresión longitudinal, lateral, plantar y tipo aplastamiento.¹ Dentro de la medial y lateral incluyeron un subtipo que correspondía a una rotación talar sobre el calcáneo, o calcáneo por debajo de *talus*, denominada lesión tipo *swivel* (giro inferior).^{1,2}

La luxación talonavicular pura es poco frecuente y su mecanismo usualmente es abducción o aducción forzada de forma general. Es necesario una reducción adecuada y a tiempo para evitar complicaciones a largo plazo como artritis postraumática, y en casos extremos, deformidades en equino varo y anquilosis.^{3,4}

De las luxaciones y fracturas peritalares (también conocidas con el término de "pie de basquetbol"), que fueron revisadas en series grandes, la más común es la que presenta desviación de la porción distal hacia medial para casi un 80% de las luxaciones peritalares, y la menos frecuente es la desviación lateral, esta última requiere de un trauma de mayor energía y usualmente si presenta fracturas y en ocasiones se asocia a lesiones importantes de tejidos blandos, incluyendo fracturas y luxaciones expuestas.⁴⁻⁶

El mecanismo de luxación, en particular de la dislocación medial descrito por varios autores (Larsen, 1957; Buckingham, 1973; Christensen y colaboradores, 1977), es inversión del antepie con el *sustentaculum tali* actuando

como un *fulcrum* para producir dislocación talonavicular. El obstáculo más común para la reducción cerrada de esta luxación es el efecto de botón que hace la cabeza del astrágalo a través del retináculo extensor.⁷ La estabilidad de la articulación talonavicular es lograda por el complejo conocido como *acetabulum pedis* y que se conforma por navicular, las facetas anterior y medial del calcáneo, los ligamentos calcaneonaviculares superomedial e inferior y la porción calcaneonavicular del ligamento bifurcado.⁸

Debido a las fuertes uniones ligamentarias entre los huesos del tarso, las fracturas son más frecuentes que las luxaciones, por lo que se deben sospechar y buscar siempre, y tener en cuenta al reducir estas dislocaciones.⁹

DISCUSIÓN

Presentamos un caso de paciente femenina de 11 años de edad, que acude a la consulta con historia de trauma de cinco días de evolución, siendo referido como un accidente

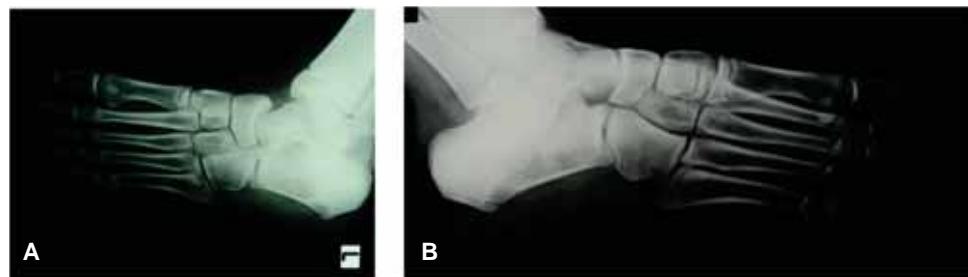


Figura 1. Rayos X oblicuo comparativo de la luxación en el pie izquierdo (A) y del pie derecho (B) sin alteración.
Fuente: Archivo Dr. René Ochoa.



Figura 2. Tomografía de la luxación en el pie izquierdo.
Fuente: Archivo Dr. René Ochoa.

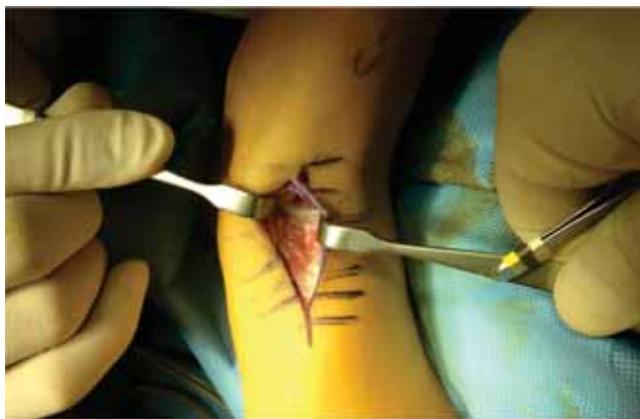


Figura 3. Congruencia articular restituida una vez removido el tejido capsular interpuesto.
Fuente: Archivo Dr. René Ochoa.

doméstico en el que un carro de supermercado le impactó la cara medial y posterior del pie mientras ella iba en movimiento, caminando y en flexión plantar, presentando de inmediato incapacidad para apoyar el pie izquierdo, y con una posición fija en inversión. A la evaluación en el consultorio, el pie se encuentra bloqueado en inversión, flexión plantar y rotación interna, poca inflamación, y doloroso al intentar enderezarlo.

Se efectúan rayos X preliminares comparativos con el otro pie y se observa dislocación de la articulación astrágalo escafoídea (talonavicular) (Figura 1), se indica tomografía del pie y tobillo para constatar el diagnóstico (Figura 2) y se decide programar para reducción cerrada bajo anestesia.

La paciente se llevó a la sala de operaciones y bajo anestesia general se intentó reducción cerrada, con rodilla en flexión, tracción, presión sobre la cabeza palpable del astrágalo y dorsiflexión con eversión, se hicieron tres intentos, se constató por fluoroscopia que no se había reducido por lo que se decidió realizar reducción abierta. Al realizar la exposición, se encontró tejido capsular interpuesto, el cual se removió y se redujo con la misma maniobra que previamente se había intentado cerrada. Se apreció estable

(Figura 3), por lo que no se consideró necesario colocar dispositivos de fijación como clavos Kirschner.

Se inmovilizó con yeso tibiopedio, y a la primer cita en la consulta a los 10 días se retiraron suturas subcuticulares. El aparato de yeso se retiró a las seis semanas. La paciente se encuentra caminando sin complicaciones y de retorno a sus actividades.

CONCLUSIÓN

La luxación talonavicular aislada es sumamente rara, reportamos un caso en el cual se constató que no había fractura tanto por radiografías como por tomografía; el impacto y mecanismo de producción no fue trauma de alta energía, lo que permitió que esta paciente no tuviera un cuadro más complejo asociado a fracturas. Se espera que dada la naturaleza no tan severa de este caso, la reducción inmediata que se hizo tan pronto fue captada la paciente y por la edad de la misma, que este evento no deje secuelas funcionales a mediano ni a largo plazo.

REFERENCIAS

1. Main BJ, Jowett RL. *Injuries of the midtarsal joint*. From the Royal National Orthopaedic Hospital, London, England. 1975; 57-B(1):89-97.
2. Datt NS, Rao AS, Venkateswara DV. Medial swivel dislocation of the talonavicular joint. *Indian J Orthop* 2009; 43(1): 87-89.
3. Ross PM, Mitchell DC. Dislocation of the talonavicular joint: case report. *J Trauma* 1976; 16(5): 397-401.
4. Merianos P, Papagiannakos K, Hatzis A, Tsafantakis E. Peritalar dislocation: a follow-up report of 21 cases. *Injury* 1988; 19: 439-442.
5. Samoladas E, Fotiades H, Christoforides J, Pournaras J. Talonavicular dislocation and nondisplaced fracture of the navicular. *Arch Orthop Trauma Surg* 2005; 125: 59-61.
6. Specchiulli F, Gabrieli R, Di Carlo V, Maiorana B. Peritalar dislocations. *The Foot* 2007; 17: 10-14.
7. Garofalo R, Moretti B, Ortolano V, Cariola P, Solarino G, Wettstein M. Peritalar dislocations: a retrospective study of 18 cases. *J Foot Ankle Surg* 2004; 43(3): 166-172.
8. Kou JX, Fortin PT. Commonly missed peritalar injuries. *J Am Acad Orthop Surg* 2009; 17: 775-786.
9. Ely EE, Konstantakos EK, Laughlin RT, Johnson RM, Binski JC. Total dislocation of the talus and the navicular: a case report. *J Orthop Trauma* 2009; 23: 546-549.