

Diagnóstico y Tratamiento de Luxación Tibioperonea Proximal de Rodilla, Reporte de Caso en un Deportista

Gonzalo Magno, Carlos Yacuzzi, Juan Pablo Zicaro, Matías Costa Paz

Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La luxación traumática es una entidad infrecuente. El tratamiento de elección en el estadio agudo es la reducción cerrada, mientras que en el caso de inestabilidad crónica se opta por reducción y fijación interna. No habiendo reportes de luxaciones subagudas se presenta un caso de 20 días de evolución tratado mediante reducción cerrada y artroscopia el cual evolucionó favorablemente luego de la cirugía.

Palabras clave: Luxación Tibioperonea; Artroscopia; Rodilla; Deportista

ABSTRACT

Traumatic dislocation is an infrequent entity. The treatment of choice in the acute stage is closed reduction, whereas in the case of chronic instability, reduction and internal fixation is the treatment of choice. In absence of subacute dislocation reports we present a case with 20 days of evolution treated by closed reduction and arthroscopy which evolved favorably after surgery.

Key words: Tibiofibular Dislocation; Arthroscopy; Knee; Athlete

INTRODUCCIÓN

La luxación tibioperonea proximal es una entidad infrecuente, asociada con traumatismos deportivos. El tipo anterolateral es el más frecuente, dándose en hasta el 85% de los casos. El mecanismo suele ser rotación interna y flexión plantar del pie, combinada con rotación externa de la pierna y flexión de la rodilla o una caída con la pierna en aducción.¹

Se presenta el caso de un paciente con una luxación tibioperonea proximal de rodilla subaguda tratada mediante reducción cerrada.

CASO

Un paciente de 21 años de edad sufrió traumatismo de rodilla izquierda durante práctica deportiva, el mecanismo fue de flexión de rodilla y rotación interna de la pierna. Presenta dolor y edema en cara lateral de su rodilla. Consulta a la guardia en otra institución, donde se realizan radiografías que fueron interpretadas como normales y se solicita una resonancia para control ambulatorio. Se presenta a consultorio en nuestro hospital con 15 días de evolución. No presentaba al momento déficit motor o sensitivo, buen relleno capilar distal. Era destacable la deformidad en la región lateral de la rodilla y dolor puntual a la palpación tibioperonea proximal (fig. 1).

La resonancia de otro centro, que traía consigo el paciente,

Gonzalo Magno

gonzalo.magno@hospitalitaliano.org.ar

Recibido: 2 de noviembre de 2017. Aceptado: 27 de noviembre de 2017.

evidenciaba una lesión de su menisco externo. Se realizaron radiografías comparativas de ambas rodillas que mostraban un peroné proximal trasladado hacia anterior y externo (fig. 2). Posteriormente se realizó una TC la cual reveló una apertura del espacio tibioperoneo proximal (fig. 3).

Tres días después de la consulta el paciente fue llevado a quirófano. Se contaba al momento de la cirugía con osteosíntesis para realizar reducción abierta y fijación interna, por si fuera necesario. Se realizó una reducción cerrada de la articulación bajo anestesia general. Se utilizaron para la misma maniobras de flexión de rodilla a 110°, varo, rotación externa de la pierna y dorsiflexión del pie hasta sentir un chasquido y resalto, el intensificador de imágenes confirmó una adecuada reducción articular. Posteriormente, en el mismo acto quirúrgico, se realizó una artroscopia la cual reveló un menisco externo con una ruptura radial completa, el cual fue suturado con 3 puntos superiores (2 horizontales, 1 vertical) y dos inferiores (horizontales).

El paciente fue dado de alta, permaneciendo inmovilizado con una férula en extensión de rodilla sin carga 3 semanas y luego con carga parcial por 3 semanas más. Posteriormente cursó buena evolución con rehabilitación kinésica, tolerando carga completa y recuperando rango de movilidad previo, incorporándose a la actividad deportiva a los 3 meses postoperatorios.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso de luxación tibioperonea proximal de rodilla que inicialmente fue pasado por alto. La resonancia

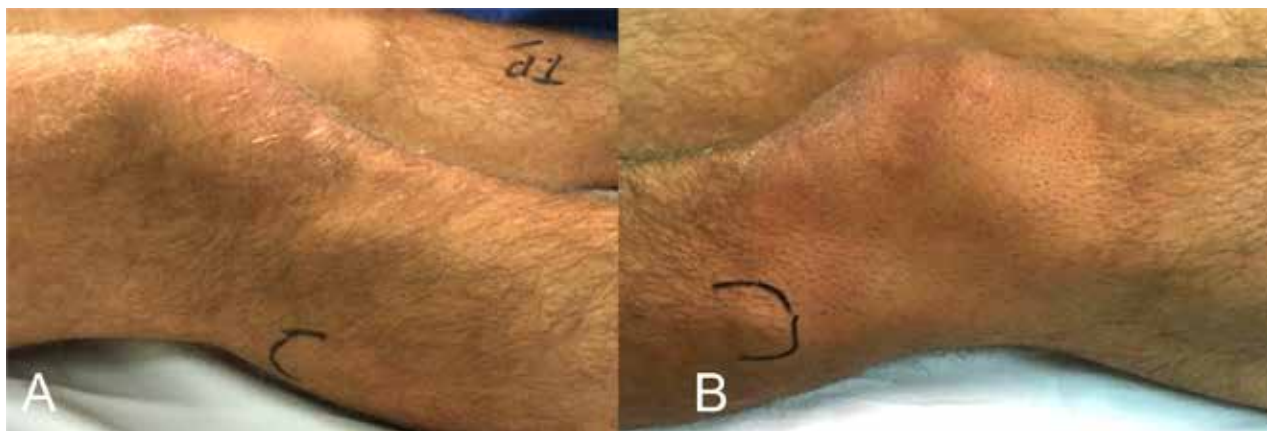


Figura 1: A) imágenes clínicas de rodilla sana lateral y proximal y B) Nótese la deformidad posterolateral en la rodilla lesionada.

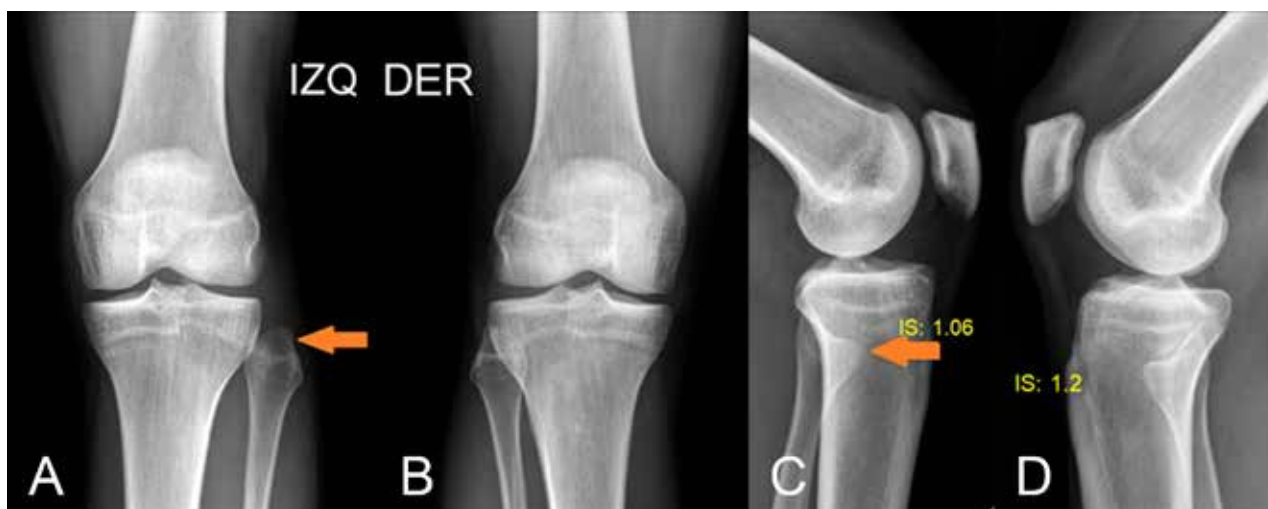


Figura 2: Radiografías comparativas de ambas rodillas donde se observa la asimetría tibioperonea proximal.

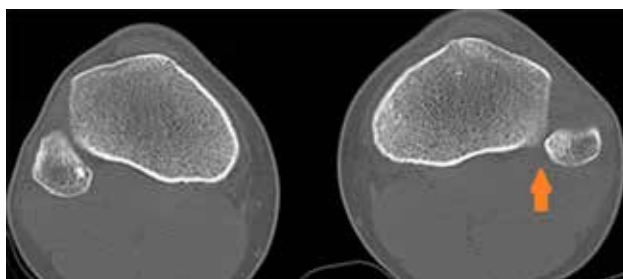


Figura 3: Corte axial de tomografía comparativo en el que se ve la luxación tibioperonea proximal anterolateral.

cia no aclaró el diagnóstico, el cual fue realizado en última instancia por sospecha clínica, radiografías comparativas y tomografía.

La articulación tibioperonea proximal es del tipo sinovial artrodia, plana. La estabilidad está dada por los ligamentos tibioperoneos anterior y posterior, siendo particularmente estable con la rodilla en extensión, al estar en tensión los ligamentos.²

El mecanismo más frecuente de luxación se da con la rodilla en flexión y el pie se encuentra en rotación y flexión plantar. Estas luxaciones aisladas suelen verse en prácticas deportivas que involucran rotaciones veloces de la rodilla y

en traumatismos directos.

Cuatro tipos de luxación han sido descritos por Ogden en 1974:

1. Subluxación recidivante, suele ocurrir en niñas preadolescentes y es atraumático.
2. Luxación anterolateral es el tipo más frecuente, llegando hasta el 85% de los casos.
3. Luxación posteromedial se da en el 10% de los casos aproximadamente, el mecanismo suele ser un traumatismo directo, se observa en accidentes de auto y se asocia con lesiones del nervio peroneo común.
4. Luxación superior ocurre en aproximadamente el 2% de los casos y suelen darse en traumatismos de tobillo de alta energía y también puede lesionarse el nervio peroneo común, siendo esta luxación de difícil diagnóstico.³

La clínica se caracteriza por dolor en la región lateral de la rodilla que se agrava con la palpación de la cabeza del peroné, limitación de la extensión, crepitación, deformidad visible y resaltos o bloqueo. El dolor puede aumentar a la movilización del tobillo. Puede presentarse con parálisis del nervio peroneo común, especialmente en las luxaciones

posteriores y superiores.⁴

Radiografías de rodilla frente y perfil pueden ser de difícil interpretación para el diagnóstico de esta patología, pueden evidenciar la cabeza del peroné desplazada hacia proximal y un espacio interóseo aumentado. En caso de duda diagnóstica radiografías bilaterales comparativas de ambas rodillas pueden ser de utilidad para llegar al diagnóstico. La tomografía computada es el estudio de elección para el diagnóstico.⁵

El tratamiento de las luxaciones anterolaterales agudas es la reducción cerrada. Se reduce con la rodilla flexionada a 90°-110° y el tobillo en flexión dorsal y rotación externa. Se aplica presión sobre la cabeza del peroné hasta escuchar o sentir un resalto en la articulación. Las luxaciones posteromediales, superiores y los intentos fallidos de reducción pueden requerir con mayor frecuencia reducción abierta y fijación interna.⁶

En el caso del tratamiento de lesiones subagudas, como el caso presentado, no se encontraron recomendaciones a favor o en contra de ninguno de los tratamientos previamente mencionados.

En el caso presentado hubo una falla en el diagnóstico inicial. Al no pedir radiografías comparativas la resonancia no ayudó al diagnóstico final, porque no evidenciaba buenas imágenes de la articulación tibioperonea proximal. Cabe destacar que el diagnóstico final se logró gracias a la sospecha clínica, las radiografías comparativas y

la tomografía.⁷

En el caso de lesiones crónicas es posible el tratamiento conservador con vendaje elástico a nivel de dicha articulación para mejorar la estabilidad. De persistir el dolor existen distintas alternativas quirúrgicas: fijación transitoria con tornillos o clavijas, reconstrucción ligamentaria o resección de la cabeza del peroné. Debe evitarse en lo posible la artrodesis tibio peronea proximal dado que puede limitar la movilidad del tobillo.⁸

CONCLUSIÓN

La luxación tibioperonea proximal es una entidad extremadamente infrecuente. Su diagnóstico se dificulta además por la clínica poco característica y cambios radiográficos sutiles. Requiere un alto grado de sospecha diagnóstica. En el presente caso la clínica del paciente no permitió dar inicialmente con el diagnóstico y sus estudios no evidenciaban inicialmente la lesión, presentaba una ruptura meniscal. El diagnóstico final se realizó con radiografías comparativas y tomografía. Evolucionó favorablemente con reducción cerrada 20 días luego de la luxación y presentando una sutura meniscal concomitante, continuo una rehabilitación favorable retomando la actividad deportiva. Es importante tener en cuenta esta patología ya que es difícil su diagnóstico clínico y puede pasar desapercibida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Horan J, Quin G: Proximal tibiofibular dislocation. *Emerg Med J*. 2006;23:33-34.
2. Marx J. A., Hockberger R. S., Walls R. M., Rosen P. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 8th. Vol. 1. Philadelphia, Pa, USA: Saunders/Elsevier; 2014. Knee and lower leg; pp. 720-722.
3. Ogden JA (1974): The anatomy and function of the proximal tibiofibular joint. *Clin Orthop Relat Res* (101):186-191.
4. Ogden JA (1974): Subluxation and dislocation of the proximal tibiofibular joint. *J Bone Joint Surg Am* 56(1):145-154.
5. Horan J (2006). Proximal tibiofibular dislocation. *Emerg Med J* 23:e33-e33. doi:10.1136/emj.2005.032144.
6. Giachino AA: Recurrent dislocations of the proximal tibiofibular joint: Report of two cases. *J Bone Joint Surg Am* 68: 1104-1106, 1986.
7. Kopydlowski N, Tannenbaum E, Sekiya JK: Dislocation of the proximal tibiofibular joint. In: Scott WN, Scuderi G, editors. *Insall and Scott Surgery of the Knee*. 5th ed. Ch. 60. Philadelphia: Elsevier. Churchill and Livingstone; 2012.
8. Semonian RH, Denlinger PM, Duggan RJ: Proximal tibiofibular subluxation relationship to lateral knee pain: a review of proximal tibiofibular joint pathologies. *J Orthop Sport Phys Ther*. 1995;21:248-257.