

Luxación traumática peroné proximal. Caso clínico y revisión bibliográfica

Andrea García Esqués, Ainhoa Isern De Val, Ricardo Ramírez De Paz, Patricio Freile Pazmiño, Pablo Calavia Galé

INTRODUCCIÓN

La luxación de la articulación tibioperonea proximal (ATPP) es poco frecuente y suele pasar desapercibida debido a su sintomatología sutil, similar a la patología meniscal. Pasarla por alto puede acarrear secuelas como dolor crónico e inestabilidad rodilla.

CASO CLÍNICO

Varón de 19 años que presenta traumatismo torsional indirecto de rodilla, mientras patinaba. Presenta dolor en tercio proximal lateral de rodilla e imposibilidad para realizar carga completa, ausencia de alteraciones sensitivo/motora. La radiografía, muestra una falta de superposición de la cabeza del peroné sobre la tibia. Se completó estudio con TC, confirmando la luxación anterolateral de la ATPP.



Se realizó reducción cerrada urgente asistida por escopia mediante presión directa sobre la cabeza del peroné, con la rodilla en flexión de 90° y pie en flexión plantar. Se comprueba correcta estabilidad post-reducción e inmovilización cruropédica



Se solicitó estudio con RM para descartar daño al complejo posterolateral de rodilla u otras lesiones. Evolución favorablemente, incorporándose completamente a sus actividades deportivas



DISCUSIÓN

La luxación de la ATPP fue descrita por Nelaton en 1874. Ogden describe dos variantes anatómicas: la oblicua, ángulo inclinación $>20^\circ$, más vulnerable a fuerzas rotacionales que la variante horizontal. Bozkurt demostró cambios en la inserción del bíceps femoral y mayor comunicación con la articulación femorotibial en la variante oblicua.

Hay dos tipos de luxación ATPP, la anterolateral y la posteromedial. Marcheti demuestran que el complejo ligamentario anterior es más resistente. Justificando el 85% casos de la luxación anterolateral. Las lesiones sensitivas del nervio peroneo se relacionan con las luxaciones posteromediales. Keogh concluyó que la mejor prueba diagnóstica es el TC con una precisión diagnóstica del 86,3%.

Existe consenso en que se debe intentar reducción cerrada, si se realiza reducción abierta se recomienda reinsertar anatómicamente los remanentes ligamentarios. En los casos de inestabilidad crónica, la resección del peroné proximal o la artrodesis de la ATPP obtienen peores resultados que la reconstrucción del complejo ligamentario posterior mediante injerto de fascia de la cintilla iliotibial.

CONCLUSIONES

La luxación de la ATPP es una lesión grave que puede pasar desapercibida y dejar secuelas importantes. El diagnóstico precoz y la reducción son esenciales para evitarlas.