

# PROPUESTA TERAPÉUTICA PARA LA LUXACIÓN TIBIOPERONEA PROXIMAL A PROPÓSITO DE UN CASO

María Murcia Gómez<sup>1</sup>, Lorena Fontao Fernández<sup>1</sup>, Belén Níguez Sevilla<sup>1</sup>, Marina Sánchez Robles<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España  
<sup>2</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

## INTRODUCCIÓN

La luxación tibioperonea proximal es una lesión poco frecuente cuyo mecanismo de acción suele ser un traumatismo deportivo en el que existe una rotación externa de la rodilla junto a una rotación interna y flexión plantar del pie, o una caída con la pierna en aducción. El tratamiento de elección en fase aguda es la reducción cerrada y, en caso de inestabilidad crónica, reducción y fijación interna, aunque existe controversia en el tipo de fijación.

## OBJETIVOS

El objetivo es presentar una técnica quirúrgica que podría ser útil en este tipo de patología.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un caso de luxación tibioperonea proximal en una paciente joven que fue tratado mediante estabilización mantenida con el sistema TightRope® (Arthrex) al no presentar mejoría con tratamiento conservador. La paciente consultó por dolor de rodilla tras un giro brusco esquiando. A la exploración llamaba la atención una importante inestabilidad tibioperonea proximal a pesar de la normalidad de las pruebas complementarias (Imagen 1 y 2). La intervención se realizó mediante una pequeña incisión sobre la cabeza del peroné (Imagen 3), llevando a cabo una fijación de la articulación tibioperonea proximal con 2 TightRope® (Arthrex) en dos planos (Imágenes 4-10). El procedimiento consistió en colocar las 2 agujas guía (Imágenes 4 y 5), desde la cortical lateral del peroné hasta la cortical medial de la tibia, sobre las que posteriormente realizar dos túneles con la broca (Imágenes 6 y 7) por el que se introducen los TightRope® (Imagen 8). Una vez pasados los implantes según técnica específica, se realiza el tensado (Imagen 9), se comprueba la estabilidad de la articulación, y se anuda (Imagen 10). Por último se procede al cierre por planos de la incisión.



IMAGEN 1. Rx AP y lateral de rodilla en las que no se aprecian lesiones óseas.



IMAGEN 2. Cortes sagital y axial de RM donde se aprecia la articulación tibioperonea proximal.



IMAGEN 3. Incisión transversal sobre la cabeza del peroné



IMAGEN 4. Pase de la 1º aguja



IMAGEN 5- 1º aguja introducida desde la cortical lateral del peroné hasta atravesar la cortical medial de la tibia.

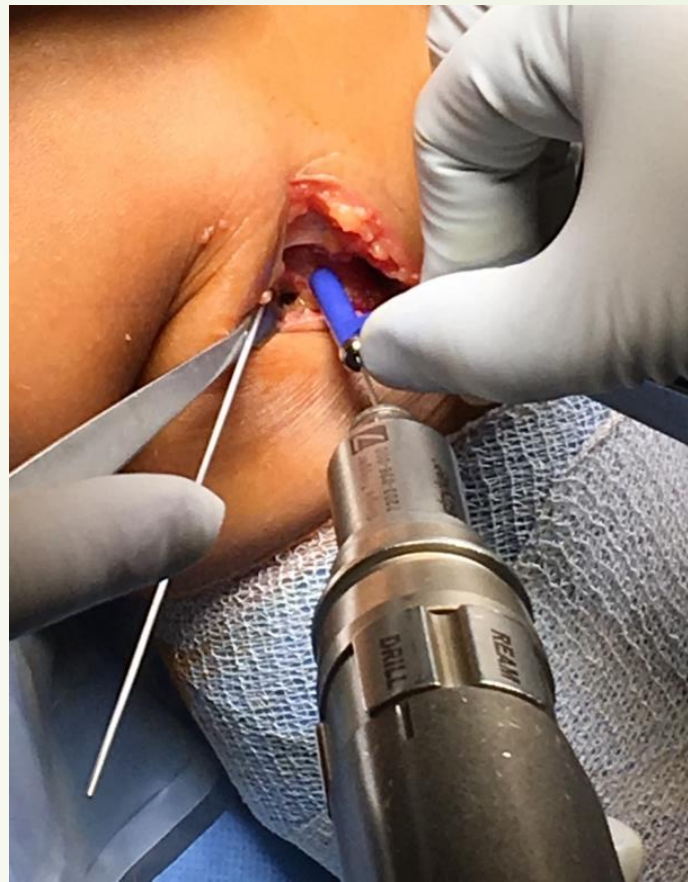


IMAGEN 6. Brocado sobre la aguja guía



IMAGEN 7. Brocado sobre la 2º aguja guía



IMAGEN 8. Introducción del implante



IMAGEN 9. Tensado del implante



IMAGEN 10. Aspecto del implante colocado y anudado.

## RESULTADOS

La paciente fue dada de alta a los pocos meses de la intervención estando asintomática.

## CONCLUSIONES

La luxación tibioperonea proximal es una lesión bastante infrecuente. Se han descrito cuatro tipos de luxación tibioperonea proximal por Ogden en 1974, de los que la luxación anterolateral es el tipo más frecuente, llegando hasta el 85% de los casos. El diagnóstico se puede confirmar mediante la subluxación de la articulación por parte del examinador mientras la rodilla se coloca en flexión máxima. Se han postulado diferentes tratamientos como el ortopédico, en fase aguda, y diversas técnicas quirúrgicas, en caso que no curase con el tratamiento conservador, como artrodesis, resección de la cabeza del peroné, osteotomía tibial de cierre, reinserción o tenodesis del bíceps y la reconstrucción ligamentosa de la articulación, y la artrodesis tibioperonea proximal con osteotomía diafisaria de peroné. En base a la buena evolución del paciente proponemos la fijación de la articulación tibioperonea proximal mediante este sistema como tratamiento, siendo una técnica reproducible para la que se requiere una mínima incisión, existiendo un bajo riesgo de complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Horan J, Quin G: Proximal tibiofibular dislocation. Emerg Med J. 2006;23:33-34.
2. Ogden JA (1974): The anatomy and function of the proximal tibiofibular joint. Clin Orthop Relat Res (101):186-191.
3. R. A. Nieuwe Weme, M. P. Somford and T. Schepers. Proximal tibiofibular dislocation: a case report and review of literatura. Strategies Trauma Limb Reconstr. 2014. Nov; 9(3): 185-189.
4. Boyle MJ Vovos TJ Walker CG Stabile KJ Roth JM Garrett WE. Does adjustable-loop femoral cortical suspension loosen after anterior cruciate ligament reconstruction? A retrospective comparative study. Knee. Sept. 2015;22(4):304-8.
5. Benea H d' Astorg H Klouche S Bauer T Tomoaia G Hardy P. Pain evaluation after all-inside anterior cruciate ligament reconstruction and short term functional results of a prospective randomized study. Knee. Jan. 2014;21(1):102-6.

