

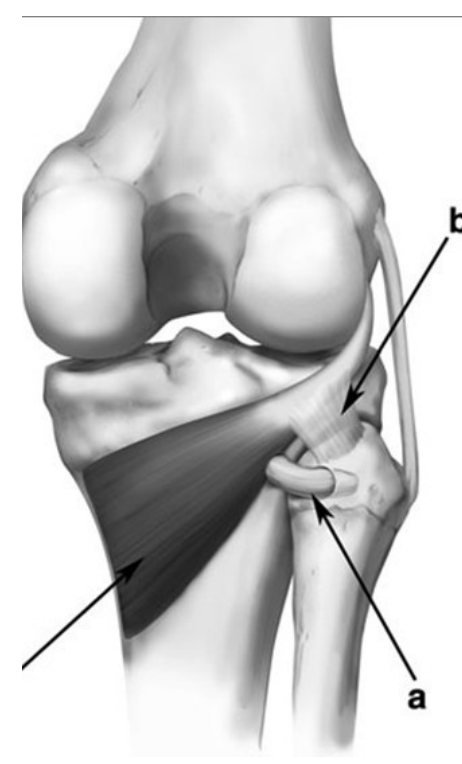
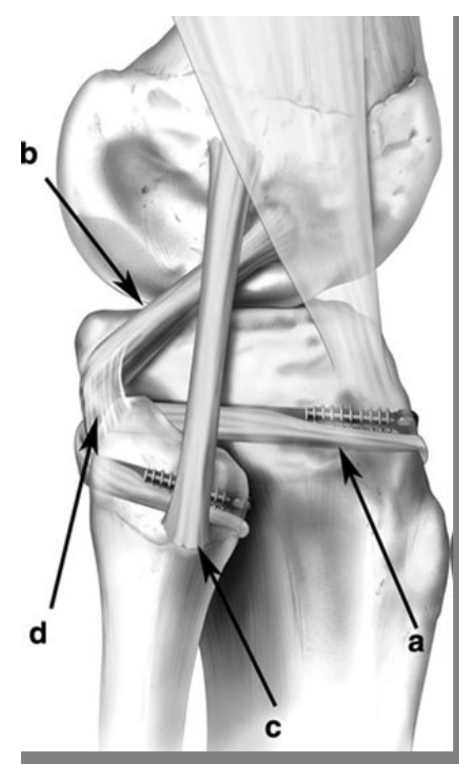
TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN TIBIOPERONEA PROXIMAL CRÓNICA

Jorge Cunchillos Pascual, Adoración Pilar Martín Rodríguez, Mercedes Millán Cid, María Elena López Díez, Nerea Bazterargui Fernández, Alberto Delgado González

Hospital Universitario de Burgos

Introducción

La luxación tibioperonea proximal es una entidad que vemos con relativamente poca frecuencia. Usualmente se asocia a traumatismos de alta energía (asociado a otras lesiones), mecanismos torsionales y a características predisponentes como la hiperlaxitud articular. Los hallazgos radiográficos suelen ser sutiles y la sintomatología variable. La anatomía, con un ligamento anterior potente, formado por dos o tres bandas, y uno posterior más débil con una sola banda, hace que la luxación más frecuente sea la anterolateral. En cuanto al tratamiento dependerá del momento del diagnóstico. En agudo la reducción e inmovilización puede dar resultados satisfactorios, siendo a veces necesaria la restitución anatómica ligamentaria mediante cirugía abierta. En casos de más larga evolución suele ser necesaria una reducción abierta una fijación no anatómica mediante diferentes métodos (AK, ligamentoplastia de Weinert, hemitendón de bíceps femoral), o bien las ya en desuso artrodesis y resección de cabeza del peroné.

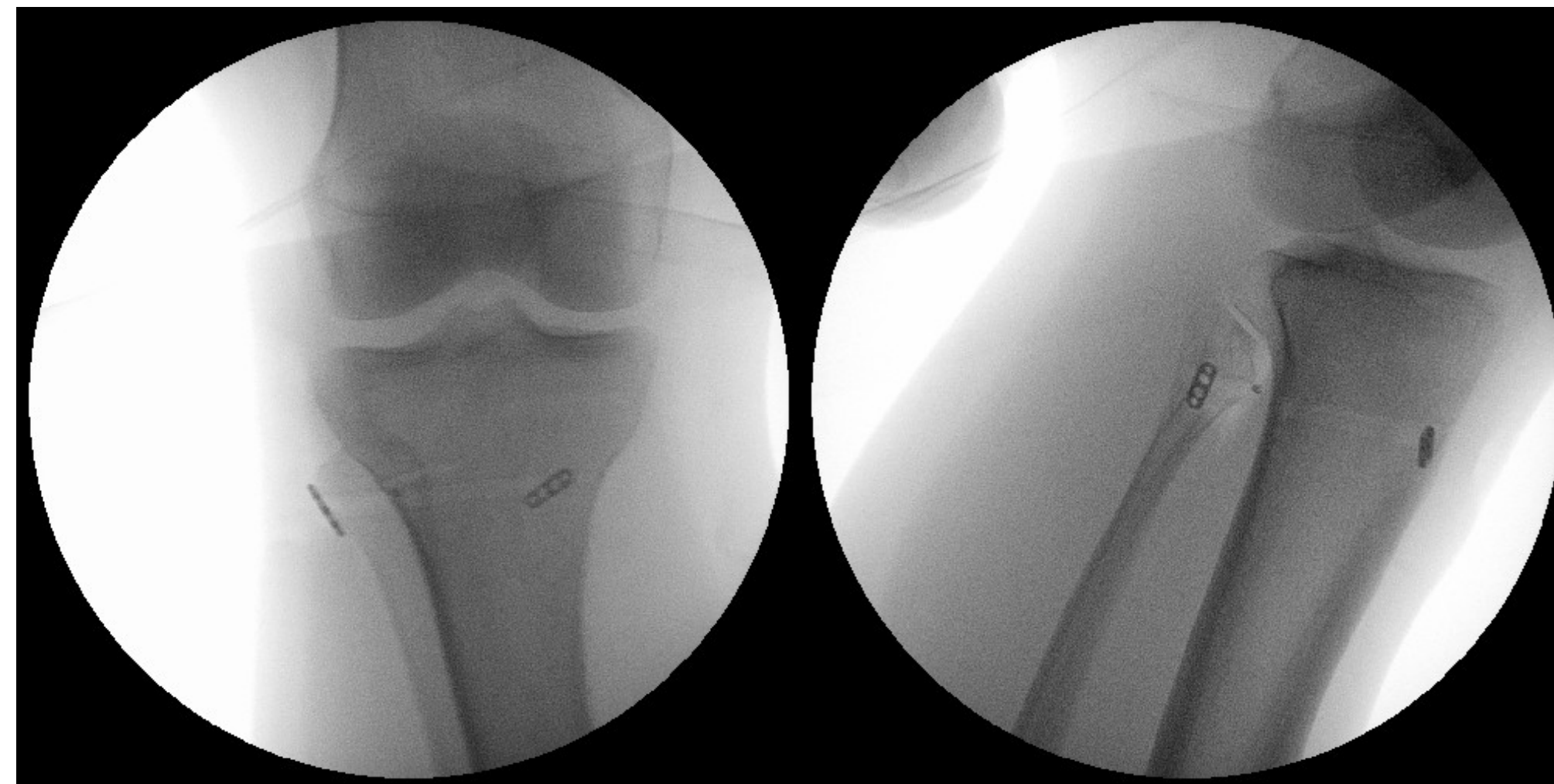


Objetivos

Describimos el caso de una paciente con dicha patología, con diagnóstico tardío y tratamiento mediante una reconstrucción no anatómica.

Material y métodos

Paciente mujer de 14 años, con antecedentes de displasia de cadera, escoliosis e hiperlaxitud articular, que acude a SUH derivada desde Atención Primaria por dolor de 6 meses de evolución, de tipo mecánico sin referir claramente un episodio de luxación aguda. A la exploración se aprecia un chasquido con resalte a la flexión de 120° aproximadamente. Se solicita RMN que no objetiva patología, siendo necesaria una Ecografía dinámica para el diagnóstico, la que objetiva dicho resalta con una desalineación articular con luxación anterolateral de cabeza de peroné en máxima flexión, siendo asimétrico con el lado contrario. Tras un intento de fortalecimiento de la musculatura mediante rehabilitación y tratamiento con una cincha ortopédica, que fracasó, se procedió a cirugía. Se realizó una reducción abierta bajo control radioscópico, y se procedió a tunelizar la cabeza del peroné y la tibia proximal para realizar una reconstrucción mediante un implante MINAR Storz.



Resultados

El postoperatorio inmediato cursó sin dolor, siendo alta hospitalaria el día posterior a la cirugía, en descarga con una férula de yeso durante una semana. Tras esto se retiró la férula y se permitió movilidad en descarga. Tras 4 semanas de descarga se comienza carga progresiva. A los dos meses y medio se vuelve a revisar, la paciente se encuentra bien, realizando una vida normal, se permite reincorporarse al deporte y a los 6 meses es alta de consulta sin incidencias. Tas 5 años de evolución la paciente no ha sufrido ninguna complicación o secuela.

Conclusiones

El difícil diagnóstico de esta patología la hace proclive a un retraso en el mismo, imposibilitando la reconstrucción anatómica o el tratamiento conservador en muchas ocasiones. En dichos casos es necesario una reconstrucción no anatómica. En la bibliografía existen múltiples métodos para la misma. Consideramos el nuestro, con buenos resultados, una opción válida para el tratamiento de dicha patología a corto y largo plazo.

