

Luxación anterolateral de articulación tibiofibular proximal, reporte de caso.

Luxación anterolateral de articulación tibiofibular proximal, reporte de caso.

Autores: Harold David Corrales Herrera, Guillermo Salazar Serrano, Miguel Ángel Gómez Contreras, Felipe Carrasco Vélez

Luxación anterolateral de articulación tibiofibular proximal, reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

Articulación tibioperonea proximal es una estructura sinovial estabilizada de forma estática por componentes osteoligamentarios y de forma dinámica por el tendón poplíteo ¹.

La luxación de esta articulación representa menos del 1% de las lesiones de rodilla, más comúnmente descrito en hombres en la tercera década de la vida y usualmente secundario a trauma deportivo indirecto por apoyo con mala técnica de aterrizaje con el pie en dorsiflexión e inversión asociado a movimientos rotacionales en rodilla ².

Dentro de la aproximación diagnóstica y terapéutica se han descrito múltiples imágenes diagnósticas como radiografías comparativas, tomografía (siendo la imagen más utilizada y referenciada como la de elección) y resonancia magnética ⁹; así como su reducción cerrada y vigilancia hasta casos de fijación quirúrgica con múltiples implantes. ^{3,4}



JUSTIFICACIÓN

Al ser una lesión poco frecuente, la mayoría de los estudios sobre esta lesión son de reportes de caso y lo que se sabe sobre el diagnóstico y tratamiento no está soportado en estudios comparativos.

En este póster presentamos el caso de un paciente masculino atendido por el servicio de ortopedia de un hospital de alta complejidad, de referencia en trauma, en la ciudad de Medellín.



Luxación anterolateral de articulación tibiofibular proximal, reporte de caso.

Caso clínico

Paciente masculino de 29 años se presenta al servicio de urgencias por haber presentado dolor intenso en la rodilla derecha posterior a un trauma indirecto mientras jugaba fútbol. Refirió que los síntomas comenzaron luego de un aterrizaje de un salto y que no permitieron continuar su actividad deportiva.

Al examen físico el paciente presentó tumoración en la región lateral de la rodilla, dolorosa a la palpación, sin evidencia de derrame articular, sin signos inflamatorios articulares ni heridas cutáneas; en la exploración neurovascular no se evidenció déficit.

Se tomaron radiografías anteroposterior (AP) y lateral de la rodilla comprometida, pérdida de la superposición entre la tibia y el peroné y traslación anterior del peroné con respecto a la línea de Resnik, sin embargo, se solicitaron proyecciones de la rodilla contralateral con las que se confirmaron la asimetría de los hallazgos. Se continuó el abordaje diagnóstico con tomografía simple de la rodilla derecha y se hizo el diagnóstico de luxación anterolateral de la articulación tibioperonea proximal derecha, se decide realizar reducción cerrada en el servicio de urgencias bajo sedación por medicina de urgencias.

La reducción se realizó con el paciente en decúbito supino con la rodilla en 90° de flexión y el tobillo en plantigrado. Se ubicó la cabeza del peroné y se hizo presión hacia medial y posterior hasta escuchar un “clunk”.

Una vez pasado el efecto de la sedación, el paciente refirió mejoría completa del dolor, se evidenció normalización del contorno de la región lateral de la rodilla. Se decidió realizar inmovilización con vendaje tipo Robert Jones y se decidió dar de alta con analgesia y apoyo protegido con muletas por 3 semanas y cita de control en tres meses.

El paciente no acudió a la cita de control., sin embargo, a los 11 meses posterior a la reducción se contactó al paciente y se citó para nueva valoración, evidenciando estabilidad clínica en la rodilla y en la articulación tibiofibular proximal, con un retorno completo a sus actividades, incluso los deportes de contacto y la carga axial en gimnasio.



Fig. 2. Corte coronal de TAC simple de rodilla derecha.

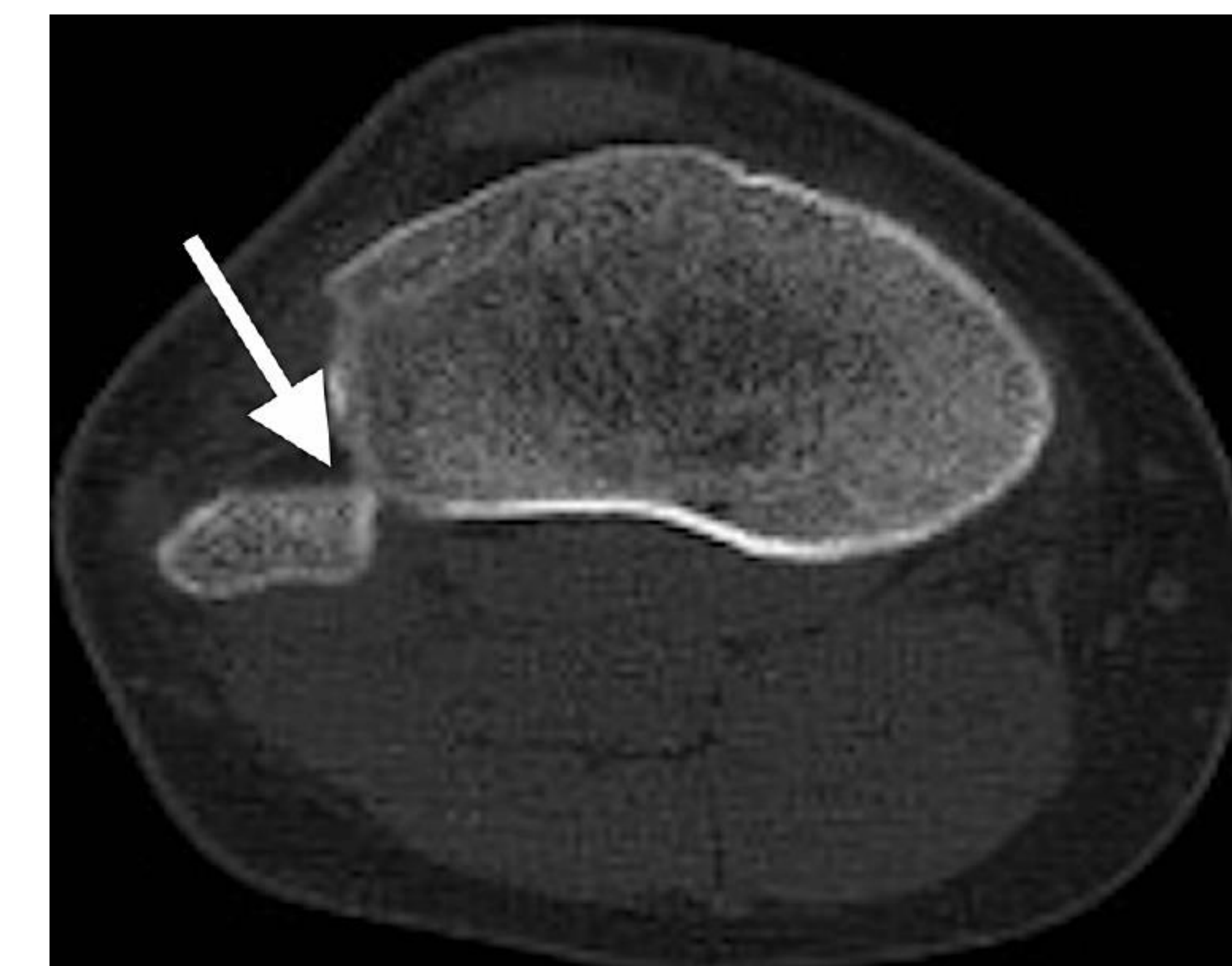


Fig. 3. Corte axial de TAC simple de rodilla derecha



Fig. 1. A. Radiografía AP de rodilla derecha con pérdida de superposición tibioperonea proximal. B. Radiografía AP de rodilla izquierda. C. Radiografía lateral de rodilla derecha con línea de Resnik dibujada y el peroné anterior a esta línea. D. Radiografía lateral de rodilla izquierda con línea de Resnik dibujada

Luxación anterolateral de articulación tibiofibular proximal, reporte de caso.

Discusión

La articulación tibioperonea proximal es una estructura rodeada de tejido sinovial estabilizada de forma estática por los ligamentos anterosuperior y posterosuperior suplementados con la cápsula articular. El papel de la morfología ósea es importante ya que se ha descrito dos morfologías facetarias: horizontal y oblicua; determinado por la inclinación de 20° de la faceta, esta última presentada en la mayor parte de los casos de luxación tibioperonea proximal²

En la literatura se ha descrito dos cinemáticas más implicadas en las luxaciones: Trauma indirecto rotacional en rodilla con el pie en plantiflexión e inversión, seguido de traumas de alta energía por accidentes de tránsito y relacionado con fracturas de platillos tibiales⁶.

Dentro de las series de casos más grandes se encuentra el elaborado por Ogden 1974, a partir de la cual, se elaboró la clasificación más utilizada de este tipo de lesiones de acuerdo a la dirección del peroné con respecto a la tibia: Tipo 1: Subluxación por hiperlaxitud ligamentaria; tipo 2: Anterolateral; Tipo 3 posterolateral y, tipo 4 traslación superior⁵

Dentro del examen clínico estas lesiones pueden pasar desapercibidas en los pacientes jóvenes con traumas indirectos. Usualmente el paciente se presenta con dolor en la región anterolateral de la rodilla y puede tener derrame articular en la rodilla debido a que hasta en el 30% de los casos la existe una comunicación entre la cápsula sinovial de la articulación tibioperonea proximal con la femorotibial⁵

Se han documentado casos de lesión del nervio peroneo común por lo que se debe realizar una valoración neurológica clínica enfocada en los movimientos del tobillo⁵

El primer estudio diagnóstico utilizado son las radiografías simples y en ella se pueden apreciar elementos de gran utilidad para el diagnóstico como la línea de Resnik que en la proyección lateral corresponde a una línea radioopaca dada por la cortical posterolateral de la tibia; se sospecha una luxación tibioperonea proximal cuando esta línea no cruza a la cabeza fibular por la mitad. Adicionalmente en la proyección AP se puede observar la pérdida de la superposición tibioperonea proximal o un ensanchamiento del espacio interóseo⁷, sin embargo, la mayoría de los autores considera la tomografía simple como la imagen de elección para esta patología¹

El manejo de la luxación tibioperonea proximal es igual de controversial y se han descrito múltiples tratamientos posibles. El consenso general de la mayoría de los autores consiste en una reducción cerrada inicial con la rodilla en flexión y el pie en rotación externa y dorsiflexión para relajar los estabilizadores dinámicos para posteriormente aplicar presión directa contra la cabeza del peroné hasta escuchar un clunk⁵. Sin embargo, existen otros reportes de casos en los que el tratamiento definitivo se ha realizado con la reducción sola, artrodesis, reconstrucción ligamentaria e incluso resección de la cabeza fibular^{3,4,8}

Con respecto al seguimiento de este tipo de pacientes, existen reportes que avalan el seguimiento clínico sin la necesidad de imágenes postreducción^{1,7} teniendo en cuenta que la mayoría de los autores recomiendan la radiografía simple como la imagen de elección para verificar la reducción⁵

Dentro de las estrategias de inmovilización se han descrito desde el vendaje blando con apoyo inmediato hasta la inmovilización con brace por por 3 a 6 semanas⁵.

Bibliografía

1. Ashraf MO, Jones HM, Kanvinde R: Acute traumatic fracture dislocation of proximal tibiofibular joint: case report and literature review. *Injury*. 2015, 46:1400-2. 10.1016/j.injury.2015.01.026
2. Milankov M, Kecojević V, Gvozdenović N, Obradović M: Dislocation of the proximal tibiofibular joint. *Med Pregl*. 2013, 66:387-91. 10.2298/mpns1310387m
3. Krukhaug Y, Schrama JC: Acute traumatic proximal tibiofibular dislocation: Treatment of three cases. *J Orthop Case Rep*. 2019, 9:98-101. 10.13107/jocr.2250-0685.1328
4. Pessoa P, Alves-da-Silva T, Guerra-Pinto F: Repair with bicortical suspension device restores proximal tibiofibular joint motion. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2019, 27:412-8. 10.1007/s00167-018-5061-9
5. Nathani A, Gran JA: Dislocation of the proximal tibiofibular joint. *Insall & Scott Surgery of The Knee*, 6th ed. Scott WN (ed): Elsevier, Philadelphia; 2018. 833-42.
6. Moscon AC, Martimbianco AL, Duarte Junior A, Gracitelli GC: Proximal tibiofibular joint dislocation treated using flexible and permanent syndesmosis fixation. *BMJ Case Rep*. 2018, 2018: 10.1136/bcr-2017-222843
7. Alves-da-Silva T, Guerra-Pinto F, Matias R, Pessoa P: Kinematics of the proximal tibiofibular joint is influenced by ligament integrity, knee and ankle mobility: an exploratory cadaver study. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2019, 27:405-11. 10.1007/s00167-018-5070-8
8. Gil-Melgosa L, Valentí A, Suárez Á, Montiel V: Proximal tibiofibular joint changes after closed-wedge high tibial osteotomy. Are they relevant?. *Knee*. 2020, 27:1585-92. 10.1016/j.knee.2020.08.015

