

Sesión Clínica

Una rara lesión de origen deportivo: La luxación anterior aislada de la cabeza del peroné

DR. R. BALIUS JULI (*), J. COLOMER MASCARÓ (**), Y J. MURIANO ROYO (**)

A los treinta minutos de la segunda parte de un encuentro de rugby universitario, con un resultado adverso de nueve a seis, uno de nosotros (J. M. R.) al ser interceptado durante un avance, cedió el balón a J. C. M. que se lanzó en solitario hacia la línea de marca; en su camino quedaba un solo obstáculo, constituido por el zaguero del equipo contrario, el cual de forma resuelta y reglamentariamente correcta se enfrentó con el atacante, placándolo a tres metros de distancia de la zona de ensayo. En el momento del placaje el delantero, a pesar de sentirse frenado, viéndose cerca de la meta, pretendió, mediante un fuerte tirón de su cuerpo, evitar la caída y desasirse o arrastrar a su oponente. En este instante, notó un intenso dolor en la cara externa de la rodilla izquierda, que le impidió continuar la acción, cayendo pesadamente al suelo. Necesitó ayuda para incorporarse y retirarse del terreno de juego. Desde el primer momento observó una aparente deformidad en la región externa de la rodilla izquierda. Veinte minutos después era examinado por nosotros en el Centro Quirúrgico Municipal de Urgencias. El estudio clínico y radiográfico, demostró la existencia de una lesión poco frecuente: la luxación anterior aislada de la cabeza del peroné.

Poco tiempo después del ingreso, las molestias eran mínimas, pudiendo el lesionado deambular por el Servicio, en espera de la reducción de la luxación; ésta se produjo espontáneamente, bajo un vendaje compresivo que inmovilizaba provisionalmente la rodilla en extensión. Fue factor determinante de la reducción espontánea, la producción de un pequeño traspiés, que distorsionó levemente el tobillo izquierdo, notando el lesionado al ocurrir esta circunstancia, un chasquido y la desaparición de la tensión a nivel de la región afectada. Una vez obtenida la reducción, se colocó un vendaje compresivo, que posteriormente a los siete días fue sustituido por una venda elástica hasta las dos semanas. Al cabo de un mes del accidente, la recuperación era total.

La luxación aislada de la cabeza del peroné es una lesión sumamente rara. Hasta 1956 se habían descrito 55 casos, de los cuales 46 correspondían a luxaciones anteriores, siendo menos frecuentes las luxaciones posteriores. Recientemente COSTA, EVRARD y POILLEUX cifran en 65 las observaciones publicadas de luxación anterior aislada de la cabeza peroneal. Históricamente, en el tratado de fracturas y luxaciones de MALGAIGNE, aparecido en 1855, se citan los casos de GOYRAND, de JOBARD y de THOMSON y los mismos se re-

producen por NELATON en el Tratado de DUPLAT y RECLUS.

ETIOLOGIA

La luxación anterior aislada de la cabeza del peroné (LAACP), es una lesión de personas jóvenes, en relación en muchos de los casos con un accidente deportivo. Así se han descrito en paracaidistas (VITT; PELLEGRINO y cols.), saltadores de altura (STRAUSS), futbolistas (BISOTTI; PELLEGRINO y cols.), tenistas (LETARJET y ROULLET). Nuestro caso ocurrió en un jugador de rugby, aunque, como más adelante se comentará, el mecanismo de produc-

(*) Cirujano-Traumatólogo, Centro Quirúrgico Municipal. (**) (Alumno Interno).

ción nada tiene que ver con el carácter más o menos violento del deporte practicado.

PATOGENIA

Todos los autores están de acuerdo en que el mecanismo de la LAACP no debe buscarse en la rodilla, sino en la garganta del pie. Experimentalmente HIRSCHBERG en 1888, demostró que después de seccionar los ligamentos peroneo-tibiales, podía obtenerse la luxación hacia delante de la cabeza del peroné, por tracción de los músculos antero-externos de la pierna, únicamente si a esta tracción se asociaba la torsión del pie en varo y la flexión de la rodilla, con la consiguiente relajación del bíceps crural.

Clínicamente se trata siempre de la realización de «un paso en falso» (sobre una pelota, una piedra, el borde de una calzada; en nuestro caso la detención brusca por el placaje) (fig. 1), o de una caída vertical, con colocación del pie en varo y bloqueo del mismo en el suelo sobre su borde externo, al mismo tiempo que se flexiona la rodilla. Si en esta situación el cuerpo cae hacia dentro, lo que ocurre casi siempre, se produce una rotura de los ligamentos externos del tobillo. Sin embargo en ocasiones el cuerpo, siguiendo el sentido del



Figura 1. — Jugada parecida a la causante de la lesión estudiada.

desequilibrio, se desplaza hacia fuera, con lo que la pierna se coloca en prolongación del pie; al mismo tiempo el sujeto, intentando evitar la caída, provoca reflejamente una intensísima «contracción de defensa» del grupo de los músculos extensores del pie, y son éstos, los que al hallarse el bíceps crural relajado por la posición en flexión de la rodilla, arrastran violentamente hacia delante la extremidad superior del peroné arrancándolo de sus inserciones tibiales. Se trata pues de una luxación por contracción muscular, actuando como punto fijo en esta contracción el pie bloqueado en el suelo por su borde externo.

ESTUDIO CLINICO

El diagnóstico clínico no es difícil si se piensa en la posibilidad de la luxación de la cabeza peroneal, ya que la deformidad existente es característica. Consiste en la protusión hacia afuera y adelante de la cabeza del peroné, con desaparición de la depresión anteperonea y la disminución de la distancia entre la estiloides peroneal y la tuberosidad tibial anterior. Desgraciadamente, la observación de estos signos únicamente es posible si la exploración se realiza tempranamente, pues generalmente se establece de forma rápida, una importante tumefacción por hematoma y edema, que disimula los salientes óseos tanto a la inspección como a la palpación. El examen cuidadoso permite demostrar la normalidad de la articulación de la rodilla y de la articulación tibio-tarsiana, así como la constante integridad del nervio ciático poplíteo externo (fig. 2). Este úl-

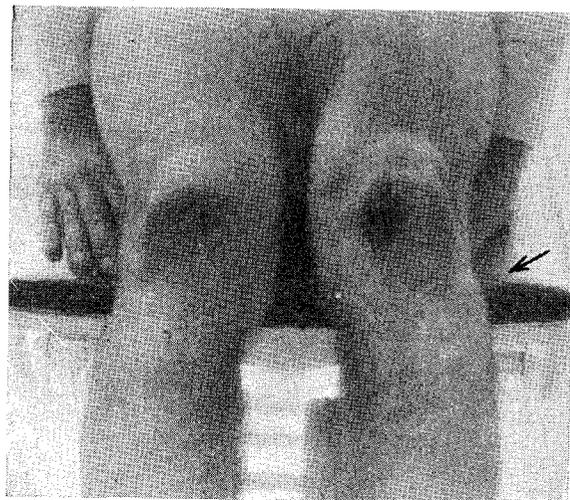


Figura 2. — Aspecto de las rodillas del lesionado. Obsérvese la deformación de la rodilla izquierda.

timo hecho hace pensar a LATARJET y ROULLET, que en realidad la lesión no se trata de una efracción cápsulo-ligamentosa de la articulación peroneo-tibial superior, sino de un desplazamiento perióstico; según dichos autores una lesión cápsulo-ligamentosa permitiría a la cabeza peroneal un desplazamiento más importante, que en algunos casos traumatizaría inevitablemente el nervio, que como es sabido rodea el cuello del peroné. En dos casos que necesitaron de tratamiento operatorio, debido a irreductibilidad de la lesión (caso de PELLEGRINO y cols.) o a inestabilidad de la misma después de la reducción (caso de DELANEY y colaboradores), se halló la cabeza peroneal cubierta de una formación fibrosa, sin lesión capsular, tal como habían supuesto LATARJET y ROULLET.

Para PELLEGRINO y cols. existen dos tipos de LAACP, condicionados por la importancia

del desplazamiento de la cabeza del peroné:

1.º La *luxación de primer grado, incompleta y reductible*, que sería el caso habitual.

2.º La *luxación de segundo grado, completa*, que puede ser irreductible en aquellos casos en los que el borde anterior de la faceta articular de la tibia, está formado por una cresta muy desarrollada, que PELLEGRINO y cols. denominan pre-tibio-peronea.

ESTUDIO RADIOLOGICO

En condiciones de normalidad, en la proyección de frente de la rodilla, la cabeza del peroné se proyecta en parte sobre la imagen de la tibia. Esta superposición, es más o menos importante según el grado de rotación interna o externa de la rodilla, pero es siempre constante (fig. 3). En la proyección de perfil, la

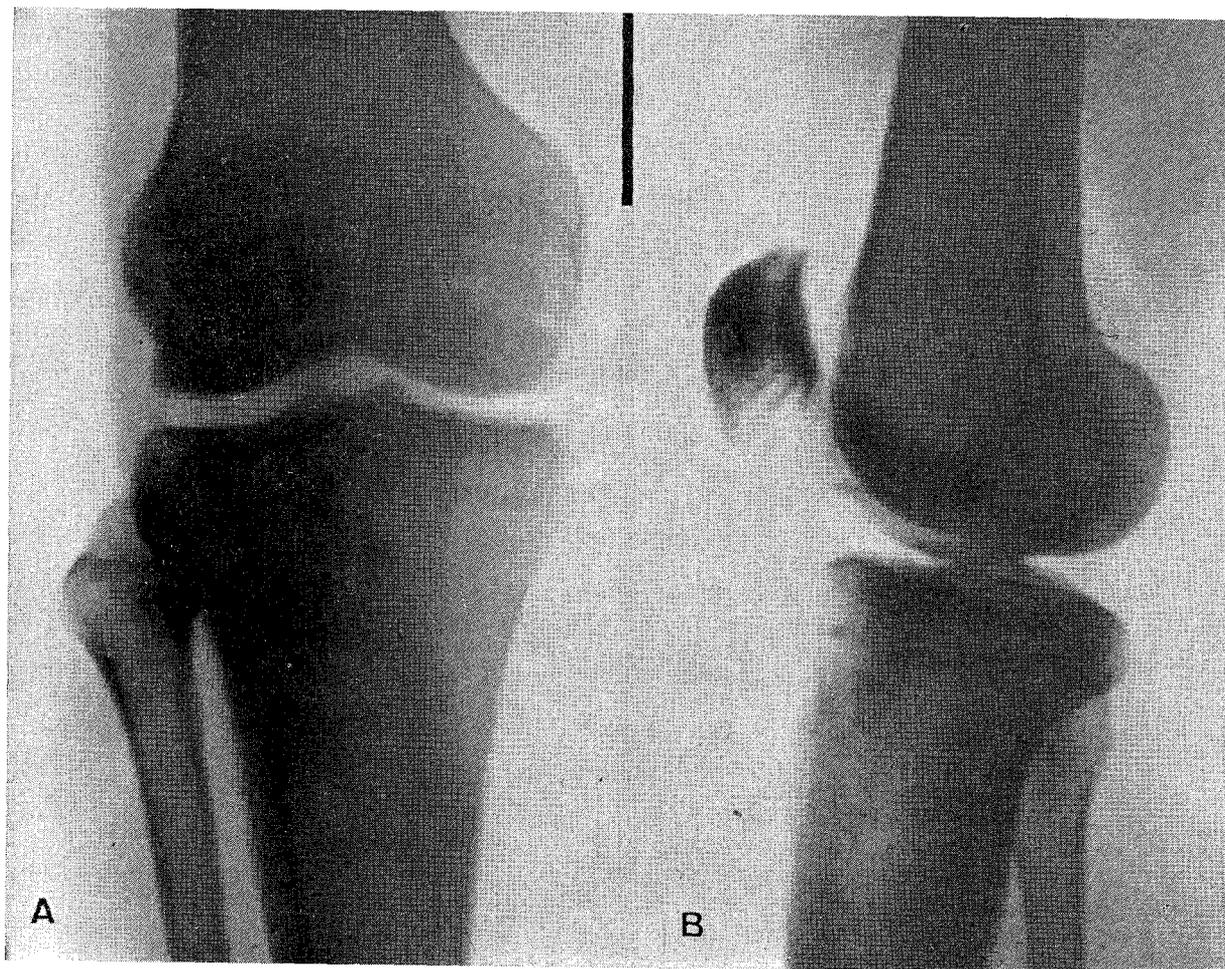


Figura 3.— A y B, radiografías frente y perfil de la rodilla lesionada.

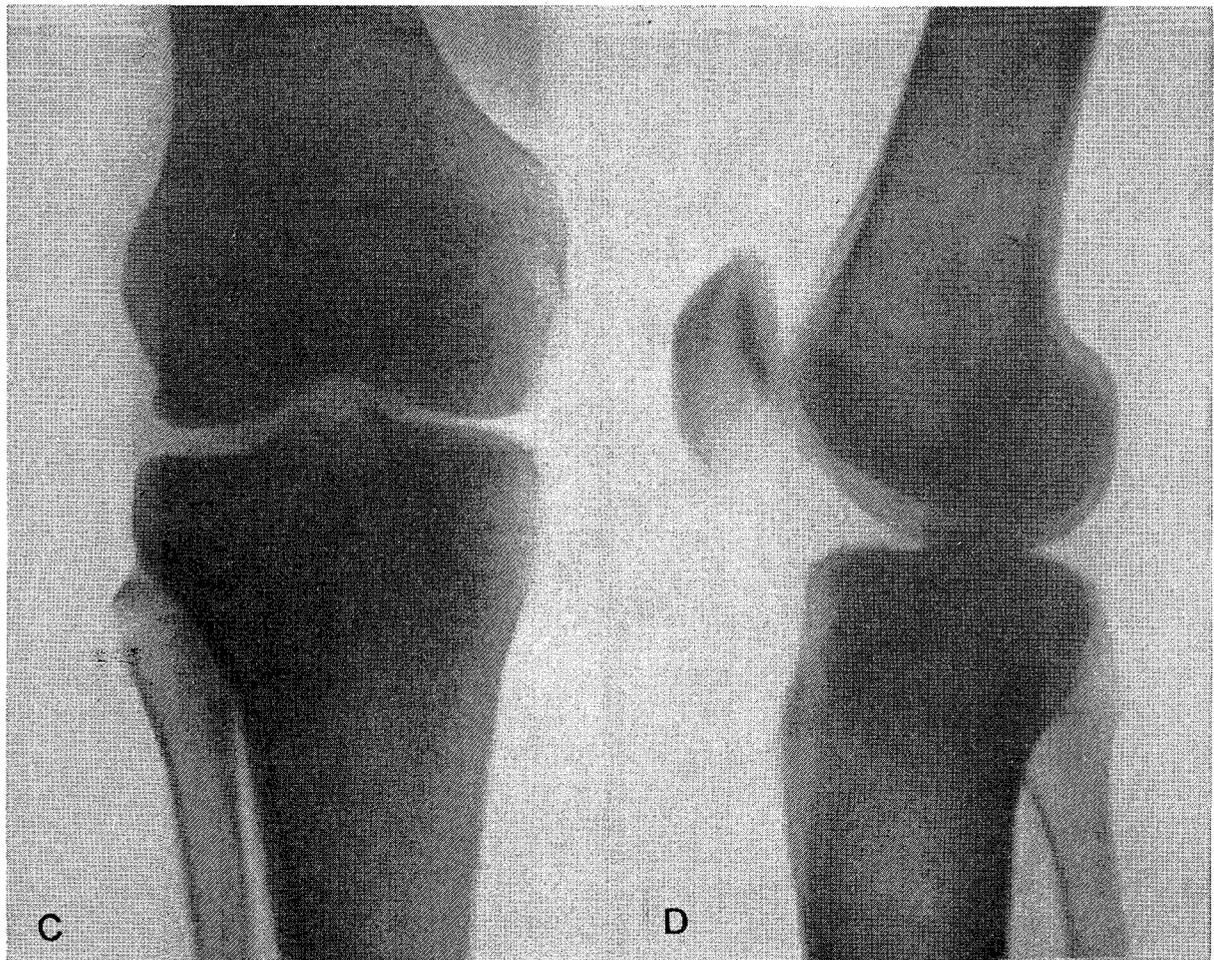


Figura 3. — C y D, radiografías frente y perfil de la misma rodilla después de la reducción de la luxación.

cabeza del peroné se superpone por su parte anterior a la imagen de la tibia, pero constantemente la sobrepasa por detrás. Cuando existe cierto grado de luxación, la cabeza peroneal en la proyección de frente, aparece más o menos disociada de la tibia, ensanchándose el espacio interóseo. Por el contrario en la incidencia de perfil, se superpone totalmente en la sombra de la tibia. PELLEGRINO y cols., para medir el grado de desplazamiento anterior en las radiografías de perfil, trazan desde el vértice del macizo de las espinas tibiales una línea paralela al eje de la tibia, la cual debe pasar tangencialmente al reborde anterior de la faceta articular peroneal de la tibia. En las

luxaciones de primer grado, la estiloides peroneal queda por detrás de la línea reseñada, mientras que en las de segundo grado se encuentra por delante y la totalidad de la cabeza peroneal asimismo por delante de la faceta articular (fig. 4).

TRATAMIENTO

Con la excepción de un caso de PELLEGRINO y cols. irreductible por maniobras manuales, que requirió tratamiento quirúrgico, todos los demás casos se redujeron fácilmente por simple presión manual, bajo anestesia local o general. La estabilidad de la reducción es norma

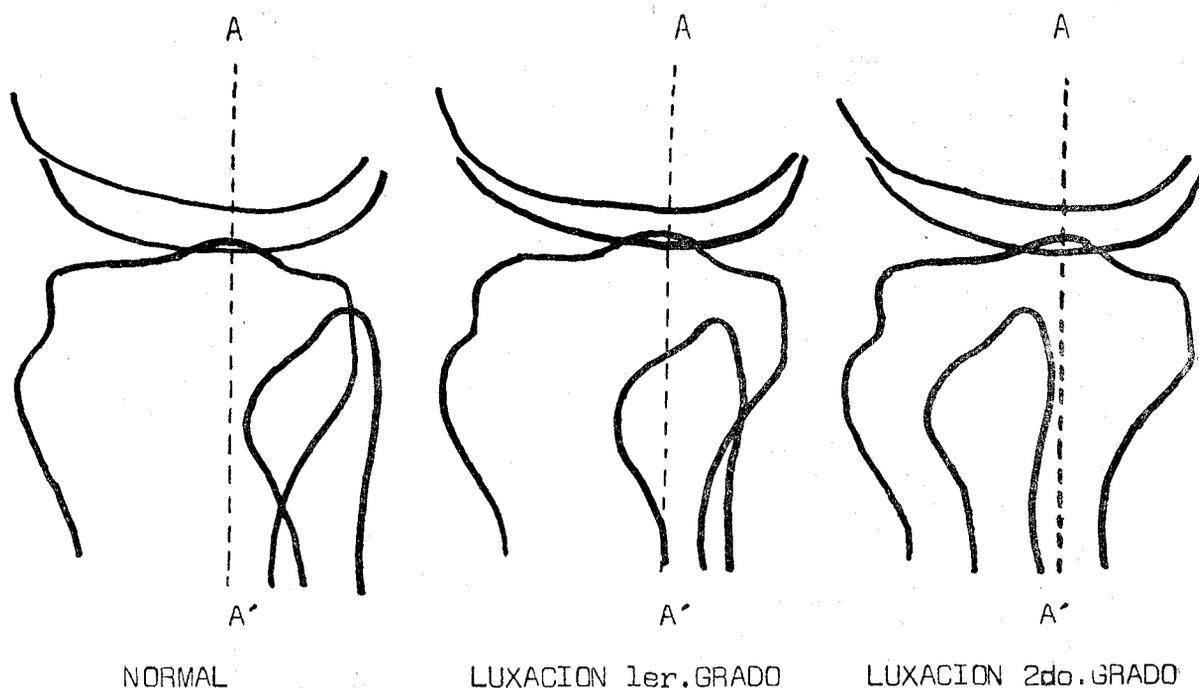


Figura 4. — Esquema radiológico de los diferentes tipos de LAACP. (A A' línea de referencia).

en la mayoría de pacientes, que precisaron únicamente de una mínima inmovilización, con yeso o vendaje compresivo. Parece superflua la actitud de PEREGALLI, que para evitar una posible recidiva, efectuó un enclavamiento percutáneo peroneo-tibial. Más razonable es el proceder de PELLEGRINO y cols. que en el caso de irreductibilidad antes mencionado, fijaron temporalmente durante un mes la cabeza peroneal a la tibia mediante un tornillo y el de DELANEY y cols., que en un paciente en el que la luxación recidivó espontáneamente, procedió a la síntesis temporal con dos agujas de Kirschner entrecruzadas.

En resumen: se trata de una luxación muy rara, provocada por un traumatismo de la tibio-tarsiana, de origen generalmente deportivo.

— el diagnóstico clínico precoz es fácil y el diagnóstico radiológico es evidente, especialmente en la proyección de perfil,

— la reducción es fácil y estable,

— en ningún caso se halló lesionado el nervio ciático poplíteo externo,

— el pronóstico es excelente.

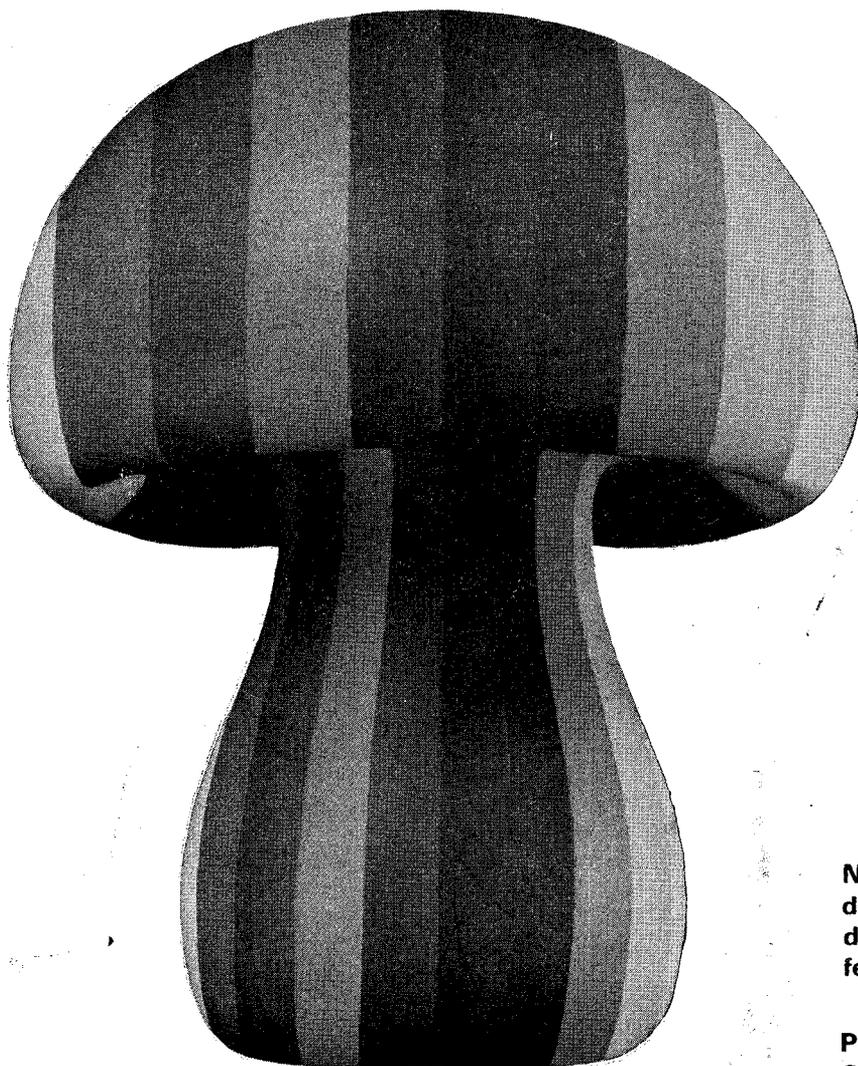
BIBLIOGRAFÍA

- BISOTTI, citado por LATARJET y ROULLET.
 BÖHLER, L. — «Técnica del tratamiento de las fracturas». «Editorial Labor». Barcelona, 1961.
 COSTA, EVRARD y POILLEUX, citados por PELLEGRINO y cols.
 DELANEY, R. J., MACDONALD, I. B. y MACNAB, I. — «Simple dislocation of the superior tibio-fibular joint». «Canadian M. A. J.», 74, 906, 1956.
 DENNIS, J. B. y RUTLEDGE, B. A. — «Bilateral Recurrent Dislocations of the Superior Tibiofibular Joint with Peroneal Nerve Palsy». «The Journal of Bone and Joint Surg». 40A, 1146, 1958.
 HIRSCHBERG, citado por LATARJET y ROULLET.
 LATARJET, M. y ROULLET, J. — «Un cas de luxation antérieure isolée de l'extrémité supérieure du péroné». «Lyon Chirurgical», 55, 140, 1959.
 PELLEGRINO, J., MAUPIN, J. M., CASANOVA, G., ESQUIROL, E. y LARROQUE, Ch. — «La luxation antérieure isolée de l'extrémité supérieure du péroné. (A propos de deux cas dont un irréductible)». «Revue Chir. orthop. et réparatrice de l'Appareil Moteur», 57, 457, 1971.
 PEREGALLI, citado por LATARJET y ROULLET.
 STRAUSS, citado por LATARJET y ROULLET.
 VITT, R. J. — «Dislocation of the head of fibula». «The Journal of Bone and Joint Surg», 30A, 1012, 1948.

Daktarin

el primer antimicótico de amplio espectro

pie de atleta, pitiriasis versicolor, herpes circinado,
eczema marginado de Hebra, etc., etc.



Nitrato de 1 - [2,4-
dicloro- β (2,4-
diclorobenciloxi)
fenetil] imidazol

Presentación:
Crema: Tubo con 40 g
(302,70 ptas).
Polvo: Envase
espolvoreador con 20 g
(185 ptas).



JANSSEN PHARMACEUTICA

Elaborado por:
Laboratorios del Dr. Esteve, S. A.
Avda. Virgen de Montserrat, 221 - Barcelona-13