

(Trabajo del Servicio Quirúrgico del Prof. D. Prat del Hospital Maciel)

LUXACIÓN TIBIO-PERONEA SUPERIOR

Eugenio PRAT y Pte. APRATTO

Presentado a la Sesión del 8 de Octubre de 1941

Relator: Prof. Agreg. J. Soto Blanco

La poca frecuencia con que se presenta en la práctica este tipo de lesiones hace que traigamos este caso a la Sociedad de Cirugía. Revisando la literatura mundial hemos encontrado un número muy limitado de casos.

Historia clínica. — V. C. M., 17 años, urug. Ingresa al Hospital Maciel porque el día 20 de julio de 1941 jugando al fútbol mientras corría con la pelota, la pisó cayendo hacia adelante sobre la rodilla izquierda. No fué posible obtener más datos sobre el mecanismo del trauma. No tuvo dolor inmediato pero cuando se incorporó no pudo caminar, por impotencia de su rodilla izquierda. Notó de inmediato la aparición de una saliencia en la parte externa de dicha rodilla.

Es traído al hospital en seguida y lo vemos en el Servicio de Puerta media hora después del accidente.

Examen. — Enfermo con buen desarrollo osteomuscular. No se queja de dolor espontáneo, su miembro inferior izquierdo adopta una posición indiferente. La inspección revela una erosión prerrotuliana. Deformación de la rodilla por una saliente antero-externa. No hay equimosis.

La palpación muestra que esa saliente es dura, de consistencia ósea y tiene todos los caracteres de la cabeza del peroné que se ha desplazado hacia adelante. No es posible movilizarla con maniobras suaves. Se provoca dolor no muy intenso a la presión sobre la parte anterior de dicha saliencia. No hay crepitación ni movilidad anormal. Inmediatamente por encima de la tumefacción se palpa un cordón saliente y tenso que corresponde al ligamento lateral externo de la rodilla. Los movimientos activos y pasivos de la articulación de la rodilla son normales y no dolorosos.

No hay signos de derrame articular.

El examen clínico del cuello del pie no revela ninguna anormalidad. El examen neurológico del miembro no revela ninguna anormalidad.

Resto del examen sin particularidades.

Antecedentes personales, nada digno de mención. Clínicamente hacemos



FIG. 1

diagnóstico de luxación antero-externa de la articulación tibio-peronea superior. También fué planteado el diagnóstico de hematoma bajo tensión que fué descartado.

El estudio radiológico revela: Film. de frente E 16948. La comparación



FIG. 2



FIG.

de la pierna sana y la lesionada muestra una diferencia evidente a nivel de la articulación tibio-peronea superior. La cabeza del peroné está desplazada francamente hacia afuera. Apenas el borde interno está en contacto con la tibia. El espacio interóseo está aumentado en el sentido transversal.

En la placa de perfil E. 16948 muestra el peroné algo desplazado hacia adelante. De manera, pues, que la radiografía corroboró el diagnóstico clínico.

Tratamiento: En la mesa de operaciones todo preparado como para realizar una intervención cruenta, le hicimos una anestesia local con novocaína al 1 %. Luego empalmando la rodilla con ambas manos imponemos con los dos pulgares a la cabeza del peroné una presión hacia abajo y atrás. Sentimo al oído y al tacto la sensación evidente de una luxación que se reduce.



FIG. 4



FIG. 5

Efectivamente, la saliente había desaparecido, ambas rodillas estaban iguales. Se sacó inmediatamente una radiografía de control, que muestra la reducción. Se le hizo una inmovilización en aparato de yeso circular que se mantuvo durante 15 días, al cabo de los cuales se quitó. El enfermo camina bien, sin dolores. Lo vemos un mes después y sigue bien.

Nuestra intención al prepararlo para una intervención cruenta era operarlo si fracasaban las maniobras externas.

Comentarios. — Como dijimos al comienzo, es una lesión extremadamente rara, ni se cita en los libros corrientes de texto.

Cahier dice que la luxación de la cabeza del peroné puede efectuarse hacia atrás o bien hacia adelante, siendo esta última la más frecuente. La atribuye a una contracción brusca y violenta de los músculos extensores del pie que se insertan en la cara anterior del peroné.

Robert y Fillaux, admiten que debe ser combinada a un "renversement" del pie adentro provocando la distensión de los ligamentos peroneotibiales superiores, después su desgarradura a causa de la resistencia del hueso; los músculos intervienen en último lugar para producir el desplazamiento.

El signo clínico más importante de esta rara lesión es la saliente hacia adelante de la cabeza del peroné y el vacío en el sitio, que ocupa normalmente la cabeza.

Este signo, en nuestro caso se podía apreciar con toda nitidez, aun mismo en las fotografías que sacamos de la rodilla del sujeto.

BIBLIOGRAFIA

CAHIER. — Colección Le Dentro Delbet.

DUBUJADOUX. — *Bull Soc. Chir.* v. 135. Pág. 180.

ROBERT. — *Arch. de Med. Militar*, 1879, Pág. 302.