

# Fractura de cabeza de peroné con lesión combinada del complejo posterolateral, ligamento cruzado anterior y lesión meniscal.

SILVIA RODRIGUEZ ALONSO , BEATRIZ IGUAL PEREZ, IRENE BLANCA MORENO FENOLL  
EDUARDO JOSÉ PALACIO DUQUE, LUIS PALLÉ MARTÍNEZ

## Objetivos

Valorar las posibilidades y dificultades quirúrgicas ante una fractura de cabeza de peroné con lesión completa del complejo posterolateral y del ligamento cruzado anterior.

## Material y metodología

Paciente de 18 años que sufre un traumatismo con mecanismo de torsión en rodilla izquierda.

En Urgencias presenta hemartros, con Lachman y cajón anterior positivos, y bostezo en varo. No se observó alteración del nervio ciático poplíteo externo(CPE).

En la radiografía se observa una fractura-avulsión de la cabeza del peroné, desplazada.

En la RMN encontramos:

- Rotura parcial del ligamento cruzado anterior(LCA)
- Rotura del complejo posterolateral(PAPE)
- Lesión RAMPA tipo 4 del MI
- Lesión de espesor completo del cartílago del cóndilo femoral interno, de 10,5 mm



Ante este paciente nos planteamos varias dificultades:

- La Fractura avulsión de la cabeza de peroné :¿sintetizar o no sintetizar?
- En caso de realizar osteosíntesis, ¿qué opciones tendríamos que nos permitiesen reparar el complejo posterolateral?
- ¿Puede la osteosíntesis interferir con la realización de una plastia del PAPE?
- ¿Puede la reconstrucción del PAPE comprometer la asociación de una ligamentoplastia del LCA?

## Resultados

Se decide proceder con reconstrucción de ángulo posterolateral mediante técnica de Arciero modificado, con plastia de tibial anterior de banco de tejidos. No se realiza fijación de la cabeza peroné. El túnel se broca ligeramente más distal con diámetro de 7 mm, y la plastia se fija con 2 tornillos de 7x23 mm. Se confirma indemnidad de nervio CPE.

Se realiza reconstrucción del LCA mediante plastia de isquiotibiales de pierna contralateral, fijada con tenosuspensión en fémur y tornillo interferencial de 7x28 mm en tibia .El paciente es dado de alta con férula en extensión. Durante 6 semanas postoperatorias el paciente se mantiene en descarga , 4 semanas en extensión y otras 4 con BA de 0-90º.