

RECONSTRUCCIÓN DE LA ESQUINA POSTEROINTERNA DE LA RODILLA TRAS LUXACIÓN TRAUMÁTICA

56 CONGRESO SECOT

ZARAGOZA 2019

25, 26 Y 27 DE SEPTIEMBRE

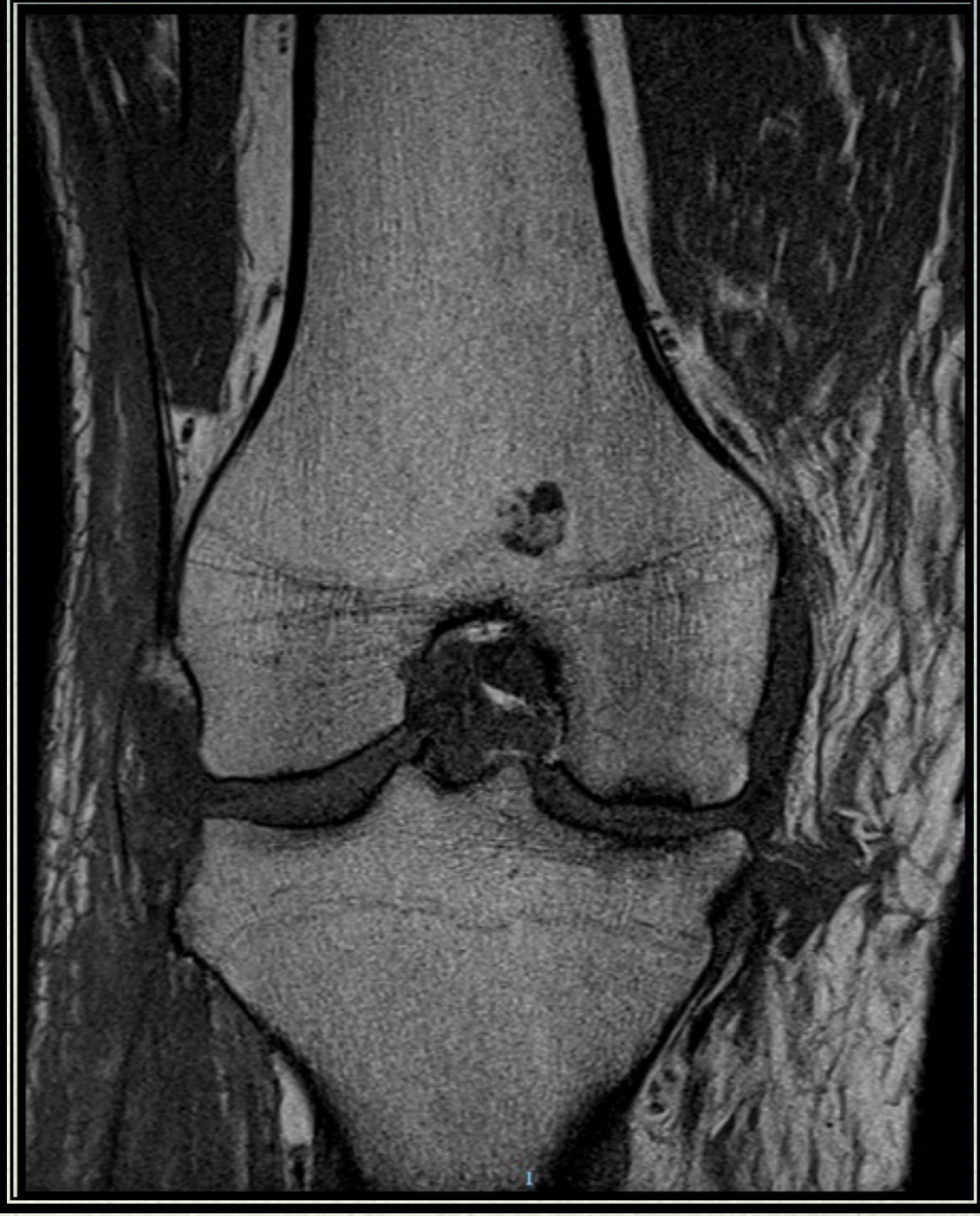


Zapata Vizuite A, Cuevas Pérez AJ, López Jordán A, García Carmona M, Méndez Sánchez JM, Holgado Rodríguez de Lizana A.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

La esquina posterointerna de la rodilla se compone anatómicamente de 5 elementos: ligamentos colaterales superficial y profundo, ligamento oblicuo posterior, tendón del semimembranoso, ligamento poplíteo oblicuo y el cuerno posterior del menisco interno. Actúan de forma sinérgica y son estabilizadores al valgo. Presentan una alta frecuencia de lesiones, comprometiendo principalmente a la población joven y deportista. El mecanismo lesional suele involucrar un movimiento en valgo forzado, rotación externa en flexión o semiflexión de rodilla o combinación de ambas. A la exploración física, observamos laxitud medial tras estrés en valgo e inestabilidad anteromedial rotatoria. El diagnóstico por imagen es complementario. Son de utilidad las radiografías de estrés en valgo comparadas. La resonancia magnética nos muestra la localización y grado de lesión de forma más detallada. Las indicaciones de tratamiento quirúrgico engloban: lesiones multiligamentosas tras luxación de rodilla, lesiones ligamento colateral medial en su inserción distal y las lesiones complejas tras fracaso de un tratamiento conservador previo. El objetivo de tratar estas lesiones es evitar una inestabilidad crónica de rodilla que de otro modo evolucionaría a una artrosis postraumática.



MATERIAL Y MÉTODOS

Presentar un caso clínico tratado en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Se trata de un paciente varón de 59 años que sufrió un traumatismo directo sobre la rodilla derecha con deformidad e impotencia funcional. Refiere atropello lateral mientras deambulaba por la calle. En urgencias se apreció deformidad en el miembro inferior derecho. Al realizar radiografía se diagnosticó como luxación de rodilla derecha. Se reduce e inmoviliza con férula inguino-pédica. El miembro inferior derecho presentaba buena temperatura y relleno capilar conservado. Se realizó un angio-tac de urgencias, el cual descartó lesión arterial. Se procedió al ingreso hospitalario para control del dolor y vigilancia de posibles complicaciones. De forma diferida, se realizó exploración en quirófano bajo anestesia raquídea. A la exploración observamos laxitud medial al valgo forzado a 0° y 30°, lachman positivo e inestabilidad anteromedial rotatoria. Tras realizar resonancia magnética se confirman hallazgos vistos en quirófano, presenta rotura del cuerno posterior del menisco interno, ambos ligamentos cruzados y esquina posterointerna.

RESULTADOS

El tratamiento quirúrgico constó de varias fases en el mismo acto quirúrgico. En primer lugar, se realizó una artroscopia diagnóstica en la que apreciamos el característico “signo del paso fácil” en el compartimento interno, asociado a degeneración condral y a lesión meniscal degenerativa. Posteriormente se realizó la reconstrucción del ligamento cruzado anterior con aloinjerto de cadáver hueso-tendón-hueso. Por último, se realizó la reconstrucción de la esquina postero-interna con aloinjerto de Aquiles según la técnicas del Dr. Rob LaPrade. Tras el alta hospitalaria, el paciente mantuvo el estabilizador en extensión y en descarga entre cuatro y seis semanas. A partir de la sexta semana se le autorizó la flexión y carga progresiva. Tras doce meses de la intervención, se encuentra asintomático, no refiere sensación de inestabilidad en la rodilla y realiza una vida normal.

DISCUSIÓN

Las lesiones de la esquina posterointerna, en el contexto de una lesión multiligamentosa de rodilla, tiene indicación de tratamiento quirúrgico. Clínicamente es característico la presencia de inestabilidad anteromedial rotatoria. Ante un paciente de mediana edad y sin artrosis manifiesta en radiografía, optamos por la cirugía de reconstrucción. En la reparación primaria es importante identificar , explorar y reparar con diferentes métodos de anclaje desde las capas más profundas a las superficiales, en ocasiones es posible utilizar refuerzos tantos biológicos como sintéticos. Tiene buenos resultados, pero es importante la cronicidad, el alcance de la lesión y la selección cuidadosa del paciente. En nuestro caso, las estructuras estaban tan dañadas, que no era posible una reparación primaria. Se optó por una reconstrucción. Existen varias técnicas descritas. Optamos por una reconstrucción anatómica de la esquina posterointerna mediante aloinjerto. Preferimos el aloinjerto frente al autoinjerto, para no crear más morbilidad en la rodilla de nuestro paciente. Se realizó la reconstrucción del ligamento colateral medial y del oblicuo posterior de forma independiente, utilizando dos injerto y cuatro túneles óseos. El método de fijación utilizado fueron tornillos interferenciales. Es importante fijar el oblicuo posterior en extensión completa y el ligamento colateral medial a 20°, rotación neutra y varo forzado. Hay que tener en cuenta el orden en el que reconstruimos las estructuras en casos de lesiones multiligamentosas. En primer lugar debe tensarse los ligamentos cruzados para restablecer la articulación tibiofemoral. En nuestro paciente debido al escaso recurvatum, decidimos de reconstruir únicamente el ligamento cruzado anterior mediante una plastia hueso-tendón-hueso de cadáver.

CONCLUSIÓN

El conocimiento sobre la anatomía y la contribución de la esquina posterointerna a la estabilidad de la rodilla ha aumentado sustancialmente en los últimos años. Tradicionalmente se ha tratado de forma conservadora. Existiendo diferentes protocolos de rehabilitación con buenos resultados. Es importante identificarlo y repararla si lo precisa en el contexto de una lesión multiligamentosa. Buenos resultados tras reparación primaria o reconstrucción, a pesar de los escasos estudios. Actualmente la preferencia de los cirujanos es la reconstrucción anatómica de la esquina posterointerna. Se precisan más estudios clínicos para definir algoritmos claros de tratamiento en función del tipo de reconstrucción y protocolos de rehabilitación acordes.

