

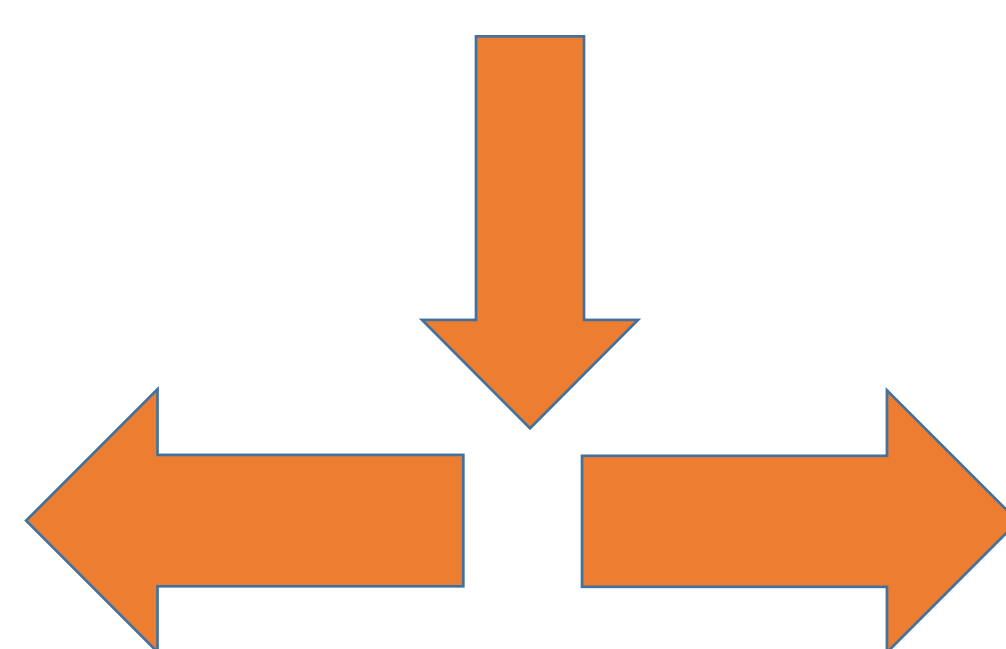
Un doble desafío: Lesión simultánea del Ligamento Cruzado anterior (LCA) e Inestabilidad femoropatelar; Manejo quirúrgico y resultados.

ARTURO PÉREZ PÉREZ, JAVIER OLMEDO PALMA, RAMON ALVAREZ MANZANEDA

El LCA es el estabilizador primario de translación anterior de la tibia así como uno de los ligamentos mayormente lesionados. Habitualmente asocia otras lesiones concomitantes como roturas meniscales o del ligamento colateral medial. El ligamento femoropatelar medial es el estabilizador lateral principal de la rotula a 0-30º. La lesión conjunta de ambas estructuras es un fenómeno raro (7% del total de roturas de LCA), con pocos estudios de peso que establezcan consenso. Se ha demostrado que la falta de reparación del LFPM al realizar la ligamentoplastia de LCA puede abocar a un fracaso de la plastia. Aun así hay muy pocas publicaciones de la reparación conjunta

Caso 1

varón de 31 años con inestabilidad crónica de rodilla que asocia inestabilidad FP de años de evolución a raíz de giro, habiendo presentado 2 episodios de luxación rotuliana. En RMN se objetiva lesión LCA con rotura en asa de cubo del ME



Caso 2

varón de 34 años de edad con inestabilidad femoropatelar (3 episodios de luxaciones) Refiere a su vez inestabilidad rotacional de la rodilla sin claro episodio desencadenante. En RMN se objetiva lesión del LFPM y menisco discoideo roto asociado a rotura crónica de LCA

Decisión quirúrgica

Aunque la resonancia magnética es Gold Standard para identificar desgarros del MPFL, la decisión de realizar una cirugía debe basarse tanto en el examen clínico como en los hallazgos de las imágenes. Aunque un paciente tuvo una resonancia magnética normal, ya que había evidencia de desplazamiento rotuliano lateral en la TC y sospecha clínica de inestabilidad rotuliana, se abordaron ambos ligamentos.

Manejo quirúrgico:

En ambos casos se realizó reparación conjunta de LCA asociada a reparación del LFPM. En un primer tiempo se procede a obtención de plastias; semitendinoso para LCA y recto interno para LFPM. Se procede a artroscopia de rodilla con reparación de LCA mediante túneles anatómicos y fijación con tornillo en fémur y sistema de suspensión en tibia. En ambos casos, previamente se realiza reparación meniscal con sutura. Posteriormente se fija injerto de RI con tornillo interferencial al fémur en punto de Schottle localizado bajo escopia y paso de plastia por capa 2-3, realizando anclaje a rotula con dos implantes todo sutura.

Conclusiones:

Parece que el mismo mecanismo es responsable de la lesión de LCA y LFPM; valgo y rotación externa en semiflexión, en este último, con contracción del músculo cuádriceps. Por tanto, ambos ligamentos pueden lesionarse durante el mismo evento. En casos crónicos LCA y la inestabilidad rotuliana pueden coexistir y ambas deben ser reparadas, encontrando la reparación en un tiempo una opción válida que no presenta complicaciones asociadas y que puede prevenir el fallo de la plastia en la reparación aislada del LCA