

LESIÓN MULTILIGAMENTARIA DE RODILLA SECUNDARIA A POLITRAUMATISMO.

Oruetxebarria García E; Pílares Ortega, E.P, Corrales López, H; Pallarès Valls, L; Esteve Balzola, C.

Hospital Joan XXIII, Tarragona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las lesiones multiligamentarias de rodilla comprenden un espectro heterogéneo de lesiones que incluyen al menos dos de los siguientes elementos:

- Ligamento cruzado anterior (LCA)
- Ligamento cruzado posterior (LCP)
- Complejo posteromedial afectando el ligamento colateral medial (LCM) y ligamento oblicuo posterior
- Complejo posterolateral, incluyendo el ligamento colateral lateral (LCL), tendón poplíteo y ligamento fibulopoplíteo.

Debe individualizarse el tratamiento, pudiendo presentar morbilidad a largo plazo.

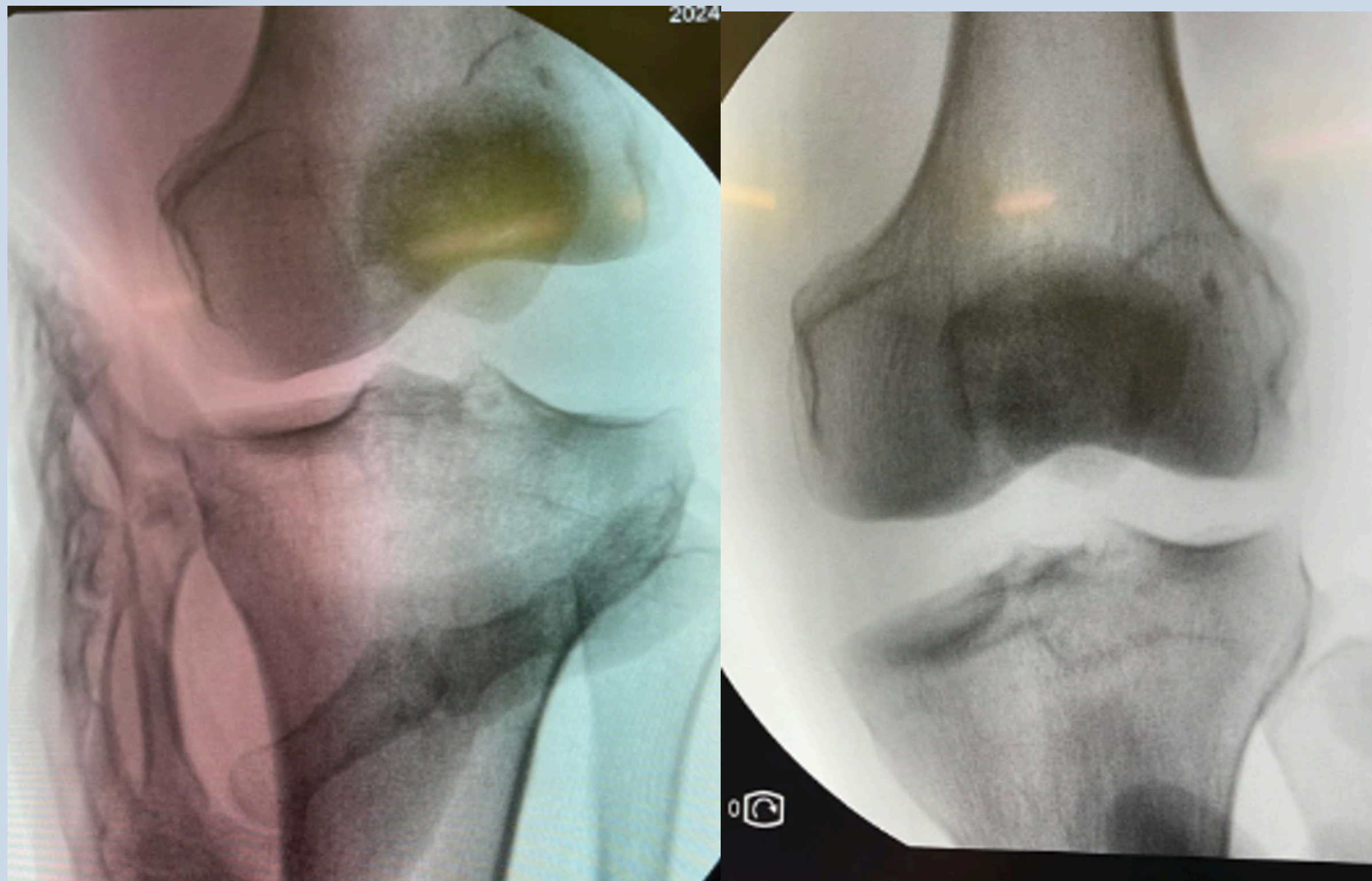


Imagen 1. Inestabilidad en varo-valgo.

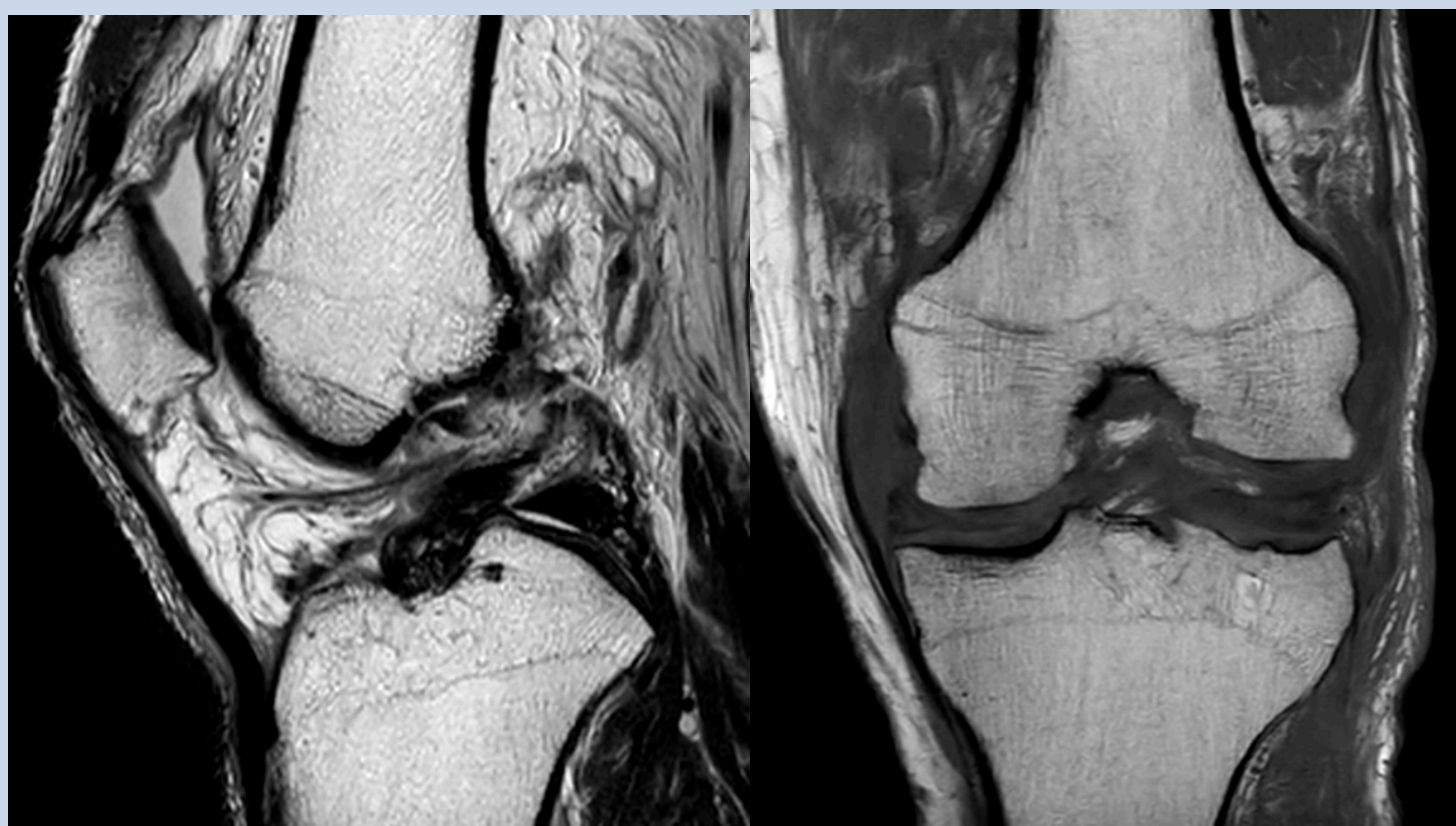


Imagen 2. Lesión de LCM LCA y LCP en RMN

RESULTADOS

- En controles postoperatorios inmediatos se aprecia balance articular 0-100 sin inestabilidad ni dolor.
- A los 6 meses deambula sin ayudas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre de 55 años sin antecedentes, acude a urgencias como código politrauma por accidente de moto. Se realiza una evaluación inicial y fase de control de daños por una fractura abierta de fémur derecho. Al fijar de forma definitiva la fractura femoral, se aprecia una lesión multiligamentaria de rodilla contralateral que había pasado desapercibida al observar una deformidad en recurvatum e inestabilidad en todos los planos. (Imagen 1)

En RMN se aprecia: lesión de ambos ligamentos cruzados y colaterales. (Imagen 2). En el Angio TAC se descartan lesiones vasculares.

Se decide intervención quirúrgica en dos tiempos. (Imagen 3).

1. Reparación del LCA artroscópica mediante injerto autólogo cuadricepsital y reconstrucción abierta del LCL y poplíteo con aloinjerto de aquiles mediante la técnica Laprade.
2. Reparación artroscópica del LCP con aloinjerto de tibial anterior y abierta del LCM y LOP con autoinjerto de semitendinoso por técnica LIND.

Se inmoviliza con ortesis específica para LCP y descarga durante 4 semanas permitiendo la movilidad pasiva hasta 90°. Se inicia terapia de rehabilitación precoz.

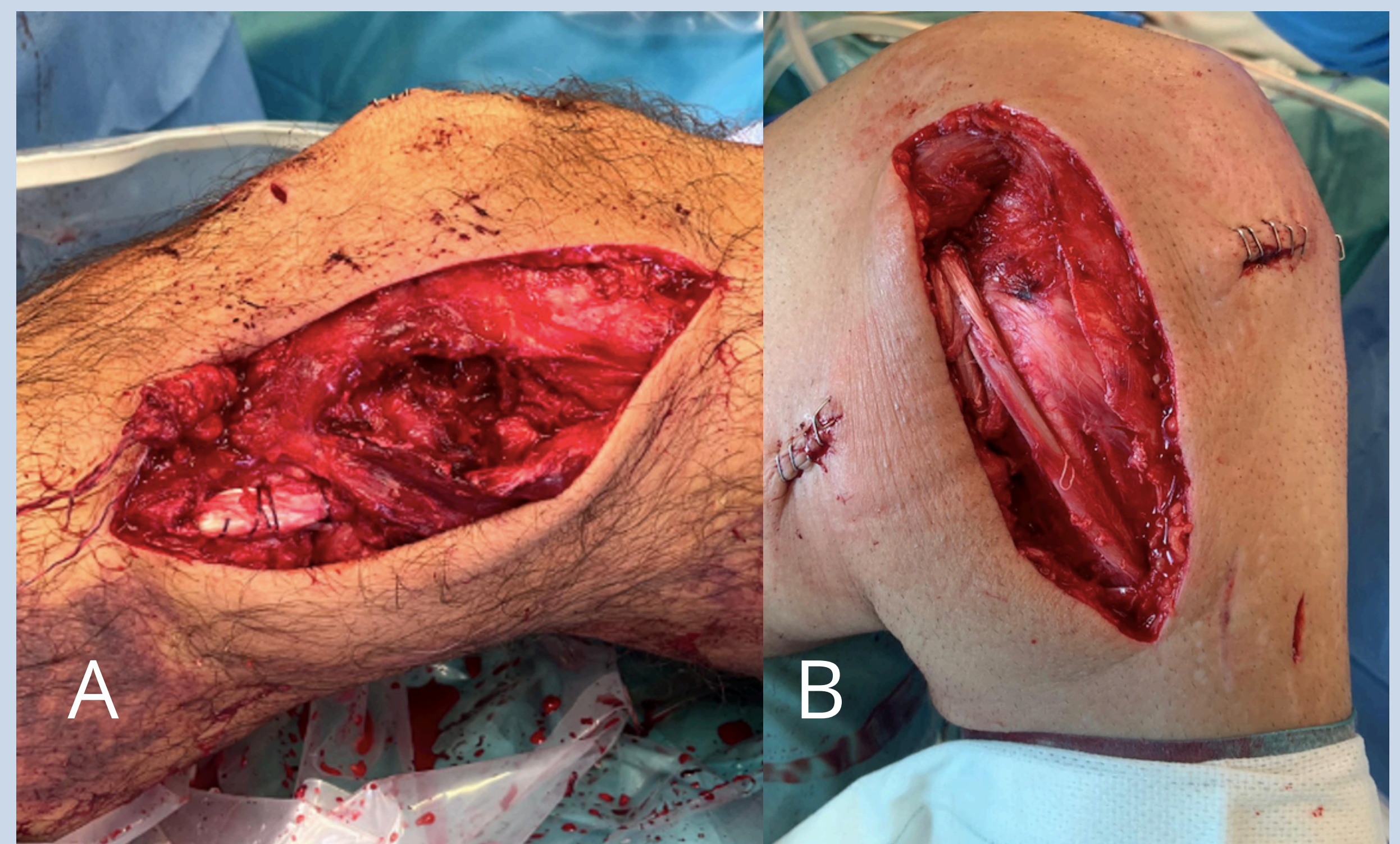
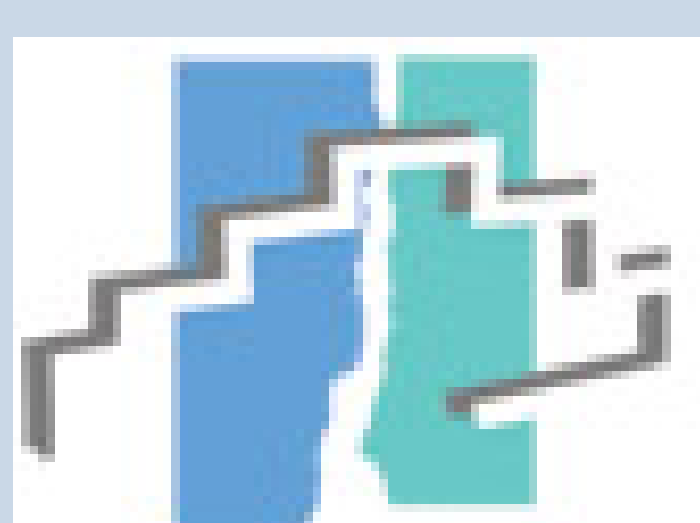


Imagen 3. Reparación abierta del LCL y poplíteo (A) y reparación del LCM (B)

CONCLUSIÓN

- Lesiones infrecuentes pero complejas que pueden asociar a largo término: dolor, inestabilidad, artrosis postrumática precoz, dificultad para recuperar la actividad deportiva, cirugías secundarias...
- Se debe evaluar el estado vasculonervioso distal en todo momento, ya que pueden asociar una luxación de rodilla no presenciada.
- El objetivo del tratamiento es la restitución de la biomecánica articular.
- No existe consenso en el procedimiento terapéutico. Debe individualizarse en función del conjunto de lesiones y las características del paciente.
- Las últimas recomendaciones incluyen: reparación en un único acto quirúrgico, reparación de los ligamentos cruzados y reconstrucción del complejo posteromedial y posterolateral.



CONGRESO
SECOT 62
MADRID

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

