



Inestabilidad Combinada Crónica de Rodilla



Alejandro Mardomingo Alonso

HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA SAN JOSÉ Y SANTA ADELA. Madrid (MADRID)

Colaboradores

alejandro Gómez Rice, Paloma Aragonés Maza, Alberto Touza Fernández

Supervisión

Diego García-Germán Vázquez

Medico Adjunto Hospital Central De La Cruz Roja De Madrid

Caso Clínico

● Anamnesis

Paciente varón de 28 años remitido a nuestro centro para valoración de inestabilidad de rodilla derecha. El paciente sufrió accidente de moto hace cuatro años con traumatismo cráneo-encefálico que precisó descompresión de hematoma subdural e ingreso prolongado en UVI. Desde entonces refiere dolor, sensación de fallo e inestabilidad de rodilla en varo.

● Examen físico

La rodilla no presenta ocupación y tiene un rango completo de movilidad. Presenta bostezo grado III en varo a 30° de flexión, Lachman y pivot-shift positivos. Dial test positivo con aumento de rotación externa tibial a 30° de flexión que no aumenta a 90°. Test de recurvatum y rotación externa positivo. Cajón postero-lateral positivo. Pívorot shift invertido dudoso. Cajón posterior a 90° negativo. Exploración meniscal normal.

● Pruebas complementarias

- Radiografías de rodilla sin lesiones óseas. El bostezo se reproduce el estudio en estrés (Fig. 1A).
- En la Resonancia Magnética (RM) se aprecia una lesión del complejo póstero-lateral con rotura de ligamento lateral externo (LLE) y tendón del poplíteo (TP) (Fig 1B) así como una rotura del ligamento cruzado anterior (LCA). No se observan alteraciones en el ligamento cruzado posterior (LCP) ni en los meniscos

● Diagnóstico

Inestabilidad crónica de rodilla secundaria a rotura de complejo postero-lateral y LCA.

● Tratamiento

Con el fin de reducir el riesgo de pérdida de movilidad postoperatoria se decide una reconstrucción secuencial de las lesiones. Se realiza una artroscopia de rodilla donde se evidencia la rotura del LCA así como la ausencia de la porción intrarticular del TP y la excesiva apertura del compartimento lateral en varo. Se realiza un abordaje lateral controlando el nervio ciático poplíteo externo (CPE) y exponiendo la cintilla ilio-tibial y el tendón del bíceps que se encuentran íntegros. Se realiza una reconstrucción anatómica del complejo póstero-lateral con aloinjerto de tendón de Aquiles en dos bandas reproduciendo el TP, el LLE y el ligamento fíbulo-poplíteo tunelizando la cabeza del peroné y la meseta tibial externa (Fig. 2A y B). Se realiza descarga durante 4 semanas sin inmovilización.

Tras 4 meses de evolución, y habiendo recuperado el paciente el rango de movilidad y la fuerza muscular se realiza la reconstrucción del LCA con autoinjerto de isquiotibiales.

● Evolución

Al año de seguimiento de la segunda cirugía el paciente presenta una rodilla estable, con limitación de los últimos 10° de flexión. Realiza su actividad deportiva habitual (gimnasio) y está satisfecho con el tratamiento.

Discusión

Las lesiones del complejo postero-lateral son infrecuentes y se asocian a lesiones del LCA o LCP. El no diagnosticarlas y tratarlas adecuadamente es una causa conocida de fallo en la reconstrucción del LCA¹. Es fundamental conocer la anatomía, explorar adecuadamente la rodilla y diagnosticar estas lesiones en agudo (menos de tres semanas) ya que se

podrá realizar una reparación directa de las estructuras lesionadas que tendrá mejores resultados que la reconstrucción tardía^{2,3}.

Las reconstrucciones secuenciadas (reconstruyendo en un primer tiempo el complejo pósterolateral y en un segundo tiempo el LCA) y la movilización precoz parece tener un menor riesgo de rigidez postoperatoria que la reconstrucción combinada en un tiempo⁴. La exploración artroscópica previa a la reconstrucción permitirá diagnosticar y tratar las lesiones condrales y meniscales asociadas así como el estado del tendón poplíteo.

Las reconstrucciones anatómicas parecen tener una menor laxitud en varo y una menor rotación externa de a tibia respecto a las intervenciones sling de estructuras posterolaterales. La utilización de un injerto de tendón de Aquiles dividido en dos bandas conservando una única pastilla ósea permite reproducir los tres componentes principales del complejo pósterolateral de forma anatómica⁵: el LLE, el TP y el ligamento fíbulo-poplíteo (Fig. 2A y B). En casos con alteraciones del eje se debe considerar la corrección del mismo mediante osteotomías.

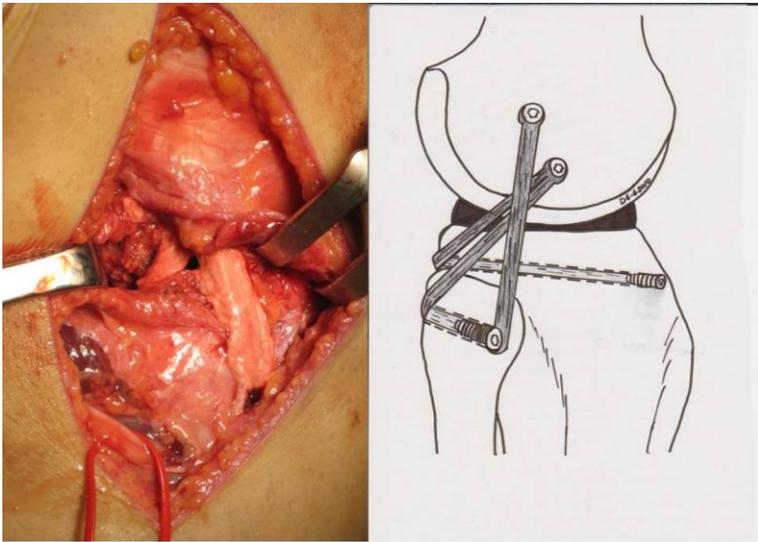
Bibliografía

- 1.- Covey DC. Injuries of the posterolateral corner of the knee. J Bone Joint Surg A. 2001;83:106-118
- 2.-Ross G, Deconcillis GP, Choi K, Scheller AD. Evaluation and treatment of acute posterolateral corner/anterior cruciate ligament injuries of the knee. J Joint Bone Surg. 2004;86:2-7.
- 3.- 3.-Levy BA, Dajani KA, Morgan JA, Shah JP, Dahm DL, Stuart MJ. Repair versus reconstruction of the fibular collateral ligament and posterolateral corner in the multiligament-injured knee. Am J Sports Med. 2010 Apr;38(4):804-9
- 4.-Mook WR, Miller MD, Diduch DR, Hertel J, Boachie-Adjei Y, Hart JM. Multiple-ligament injuries: A systematic review of the timing of operative intervention and postoperative rehabilitation. J Bone Joint Surg. 2009;91:2946-2957
- 5.-Yoon KH, Bae DK, Ha JH, Park SW. Anatomic reconstructive surgery for posterolateral instability of the knee. Arthroscopy. 2006;22:159-165

Material adicional



- 1.- A: Radiografía AP reproduciendo la inestabilidad pósterolateral. B: Imagen coronal de RM con lesión de complejo pósterolateral.



2.- A: Imagen intraoperatoria tras tunelizar tibia y peroné. B: Esquema de la reconstrucción anatómica.