

LESIÓN MULTILIGAMENTOSA DE RODILLA. CONSIDERACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO A PROPÓSITO DE UN CASO

María Murcia Gómez¹, Antonio López Albaladejo¹, Lorena Fontao Fernández², Miguel Ángel Sánchez Carrasco², Francisco Cebrián Córdoba², Ángel Lax Pérez².

¹Residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital General Universitario Santa Lucía

²Facultativo Especialista Adjunto de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital General Universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN

El complejo capsuloligamentoso posterolateral de rodilla (PAPE) lo forman, principalmente el ligamento colateral lateral, el ligamento fibulo poplíteo y el tendón poplíteo (IMAGEN 1), su función principal es mantener la estabilidad de rodilla a 30° de flexión. La rotura de esta estructura puede darse en el contexto de una luxación de rodilla, tras un traumatismo directo o una lesión deportiva. En cualquier caso, el tratamiento viene precedido de un estudio exhaustivo para poder diagnosticar las lesiones asociadas que presenta el paciente, en un alto porcentaje se presentan asociadas a lesión del ligamento cruzado anterior (LCA) o posterior (LCP). El tratamiento irá enfocado a la recuperación de la estabilidad mediante la reconstrucción de dichas estructuras para las que se han descrito diferentes técnicas.

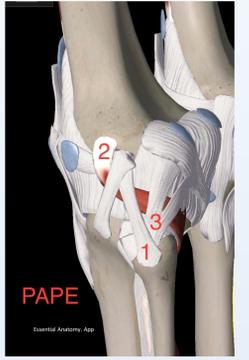


Imagen 1. Complejo posterolateral de rodilla.
1. Ligamento colateral lateral
2. Tendón poplíteo
3. Ligamento fibulopoplíteo o arcuato

OBJETIVOS

A continuación, expondremos un caso de inestabilidad posterolateral de rodilla y el tratamiento que escogimos de entre las diversas opciones.



Imagen 2. Rx AP y Lateral de rodilla izquierda que pone de manifiesto la fractura de cabeza de peroné y de la espina tibial.



Imagen 3. Corte coronal de RM en el que se observa la fractura-arrancamiento de la espina tibial.

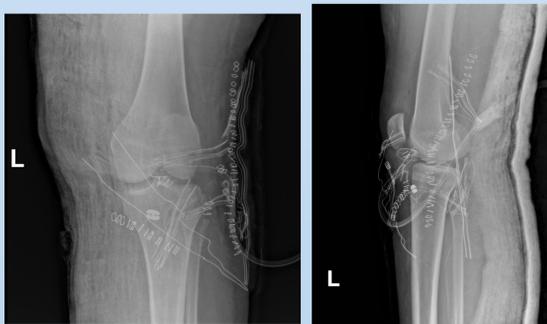


Imagen 4. Rx AP y Lateral de rodilla izquierda. Control postoperatorio inmediato.

MATERIAL Y MÉTODOS

El caso que presentamos a continuación es el de un paciente de 22 años que tras un accidente de tráfico llega al servicio de Urgencias, relata traumatismo craneoencefálico y dolor en ambos miembros inferiores. A la exploración destaca peloteo positivo en la rodilla izquierda y múltiples erosiones en el miembro inferior izquierdo sin otra sintomatología acompañante. En las radiografías que se realizan se evidencia una fractura arrancamiento de espina tibial asociada a fractura-avulsión de la cabeza del peroné izquierdo (IMAGEN 2). Completamos el estudio con una resonancia magnética (IMAGEN 3) en la que informan además de las lesiones ya conocidas, un hundimiento de la región posterior y periférica de la meseta tibial externa y una lesión del ligamento cruzado anterior en su zona insercional, todas estas lesiones condicionan una inestabilidad de todo el complejo posterolateral.

El tratamiento consistió en una reparación del ligamento cruzado anterior vía artroscópica asociado a una plastia de Laprade modificada para reconstruir el PAPE en un mismo acto quirúrgico.

Tras la cirugía, la paciente se mantuvo en descarga durante 6 semanas, y llevó una ortesis que mantenía el miembro inferior izquierdo en extensión.



Imagen 5. Rx AP y Lateral de rodilla izquierda. Control postquirúrgico a los 3 meses

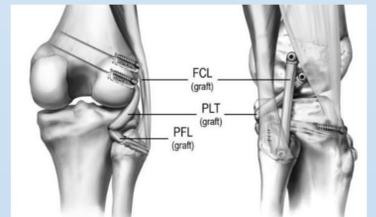


Imagen 6. Reparación del complejo posterolateral de rodilla derecha

McCarthy M, Camarda L, Wijidicks CA, Johansen S, Engebretsen L, Laprade RF. 2010;38:1674-1681

RESULTADOS

Transcurridos 15 meses desde la cirugía y con ayuda de tratamiento rehabilitador, el paciente presenta un balance articular completo de la rodilla (IMAGEN 5 y 7), estabilidad de la articulación comprobada con maniobras de varo-valgo y cajón anterior y se encuentra asintomático.



Imagen 7. Flexo-extensión completa.

CONCLUSIONES

Para llegar al diagnóstico de estas lesiones es importante la sospecha diagnóstica, lo que nos orienta es el mecanismo del traumatismo y los síntomas que presenta. Es necesario tanto la exploración clínica como radiografías de estrés y la RM que es la clave para evaluar las estructuras dañadas y decidir el tratamiento definitivo.

Ante una lesión del complejo capsuloligamentoso posterolateral de rodilla es crucial la reconstrucción de las estructuras que proporcionan estabilidad como son el ligamento colateral lateral, el tendón poplíteo y el ligamento poplíteo peroneo, antes mencionados. Si existe lesión del ligamento cruzado anterior éste se puede reparar en el mismo acto quirúrgico, como el caso que presentamos o bien en un segundo tiempo, además debe asociarse un protocolo de rehabilitación temprana para poder obtener los mejores resultados.

En nuestro caso se llevó a cabo un diagnóstico temprano y en el tratamiento se abordaron en un mismo tiempo las lesiones del complejo posterolateral y del LCA asociado a un tratamiento rehabilitador precoz, lo que ha dado como resultado el alta del paciente en 15 meses.

BIBLIOGRAFÍA

- García-Germán Vázquez D, Delgado Martínez A.D, Hernández Hermoso J.A.. Lesiones de los ligamentos y meniscos de la rodilla. Delgado Martínez A.D. Cirugía ortopédica y traumatología. 4ª edición. Madrid: Editorial médica panamericana; 2018. 690-701.
- McCarthy M, Camarda L, Wijidicks CA, Johansen S, Engebretsen L, Laprade RF. Anatomic posterolateral knee reconstructions require a popliteofibular ligament reconstruction through a tibial tunnel. Am J Sports Med. 2010;38:1674-1681.
- Chahla J, Arroquy D, LaPrade RF. Complejo posterolateral de rodilla: conceptos actuales. Arthroscopia. 2016; Vol 23(2);39-46
- Black BS, Stannard JP. Repair versus reconstruction in acute posterolateral instability of the knee. Sports Med. Arthrosc. 2015;23:22-26.

