

INTRODUCCIÓN

La **rotura combinada** del ligamento cruzado anterior (LCA) y posterior (LCP) es poco frecuente pero altamente invalidante, ya que produce dolor e inestabilidad de rodilla. Su tratamiento es técnicamente complejo, sin embargo, en los últimos años, el desarrollo de técnicas *all-inside*, ha supuesto un gran avance, permitiendo su reconstrucción anatómica en un solo tiempo.

OBJETIVO

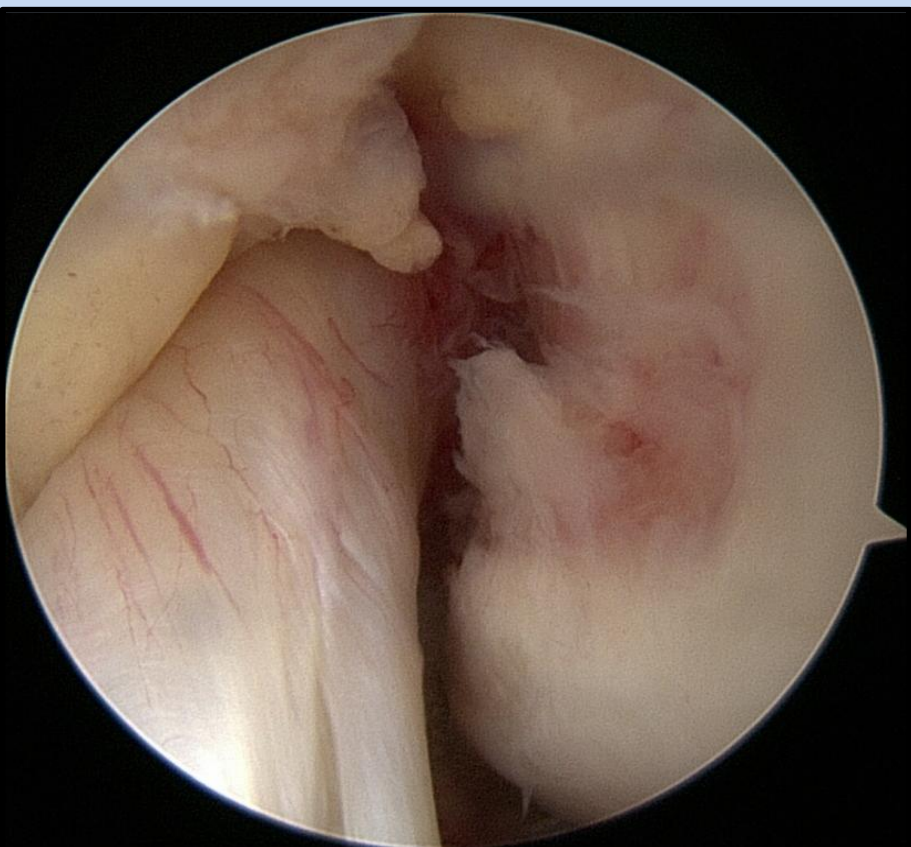
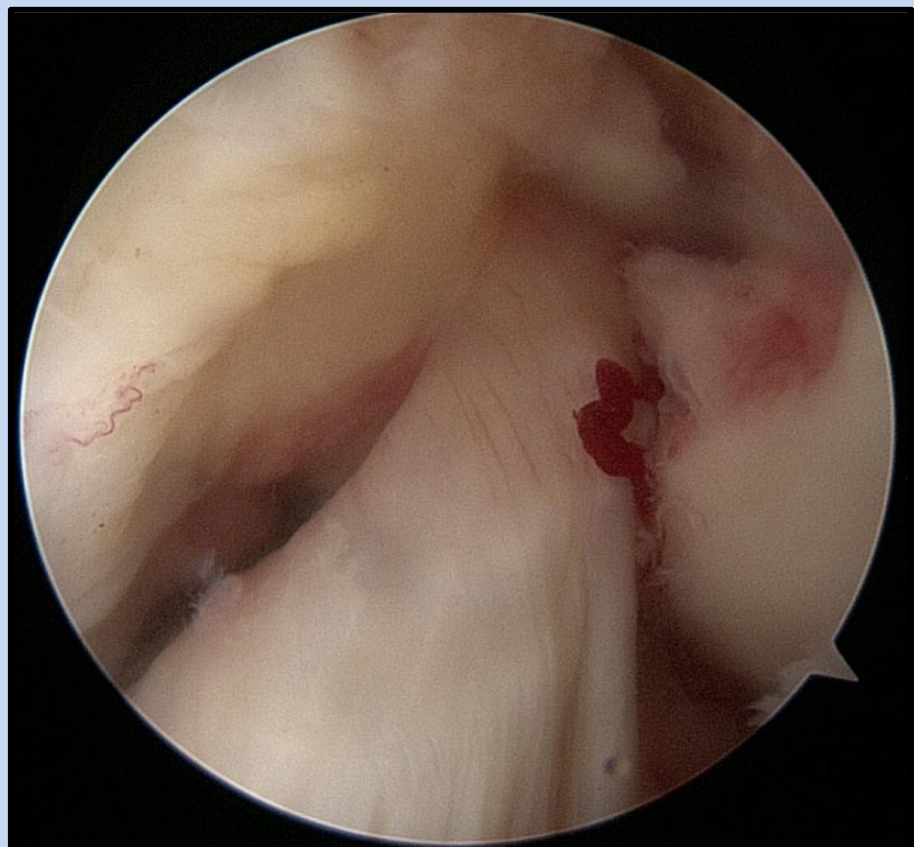
El objetivo es **describir** la **técnica quirúrgica** de reconstrucción simultánea de ambos ligamentos cruzados mediante la **técnica *all-inside***.

RESULTADOS: TÉCNICA QUIRÚRGICA

① CAR diagnóstica. Portales anteriores (AL-AM) + Accesorio (PM)

LCA: Rotura del fascículo anteromedial

LCP: Rotura completa

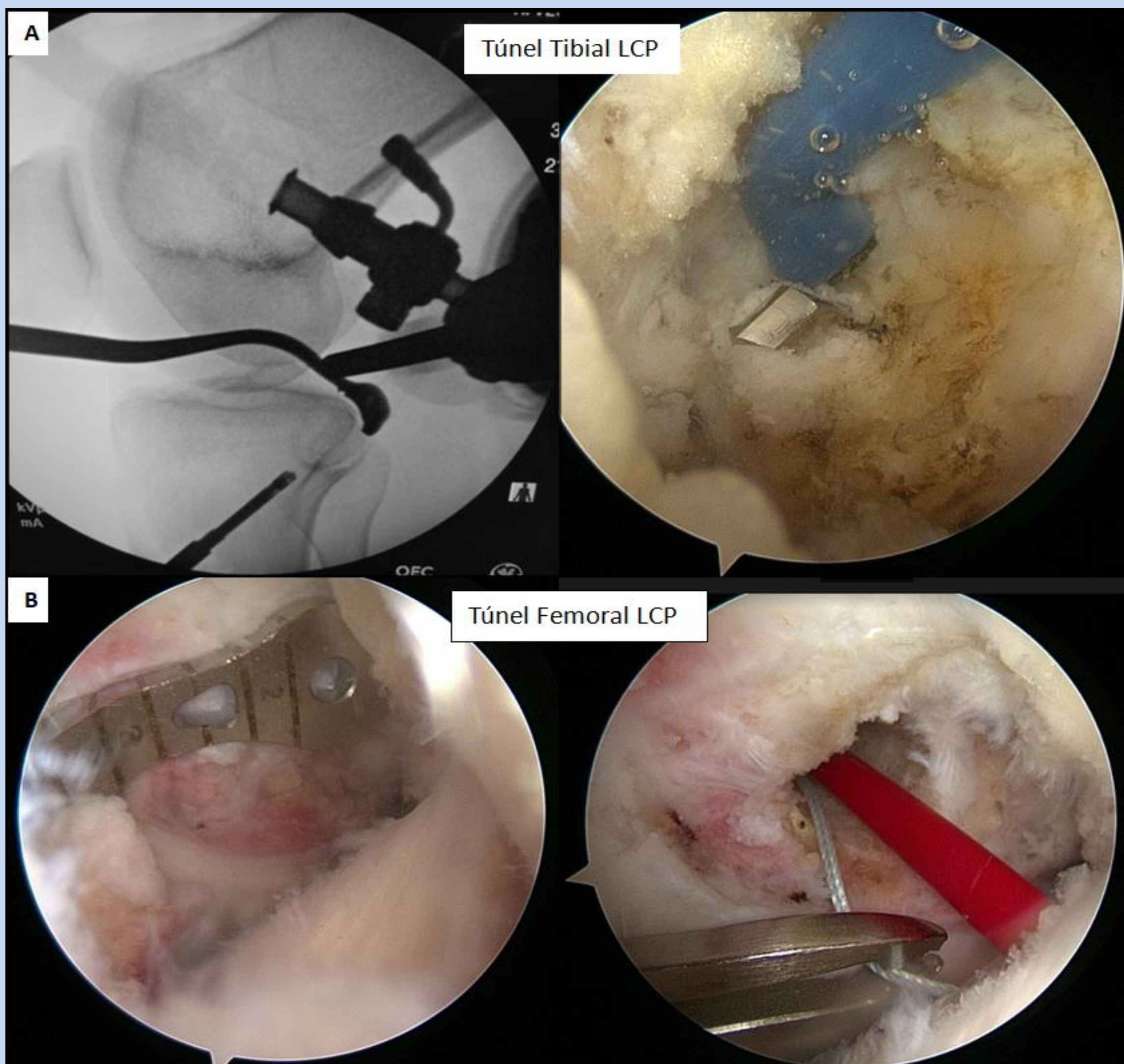


② Autoinjerto (isquiotibiales) + diseño de plastias.

LCA: Plastia trifascicular de ST + FiberTape® (Internal-Brace™) (8,5 cm)

LCP: Plastia trifascicular de RI (6,5 cm)

③ Reconstrucción LCP. Plastia all-inside, ST Graft-link® con Internal-Brace™



A.- Túnel tibial. Portal visión (PM) - Portal Trabajo (AL)

Cortical antero-externa. Túnel retrógrado incompleto de **35x8 mm**

Referencia del túnel: sutura de transporte y recuperación por portal AM

B.- Túnel femoral. Portal visión (AL) - Portal trabajo (AM)

Cóndilo Femoral Interno. Túnel retrógrado incompleto de **25x8 mm**

Referencia del túnel: sutura de transporte y recuperación por portal AM

CONCLUSIÓN

La reconstrucción mediante autoinjerto del LCA y LCP es un enfoque óptimo para el tratamiento de las roturas crónicas de ambos, ya que permite recrear la anatomía y la función de los ligamentos nativos. Creemos que es una técnica segura, reproducible y con buenos resultados clínicos aunque técnicamente exigente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Denti M, Tornese D, Melegati G, Schonhuber H, Quaglia A, Volpi P. Combined chronic anterior cruciate ligament and posterior cruciate ligament reconstruction: functional and clinical results. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2015; 23 (10): 2853-2858.
2. Zheng L, Sabzevari S, Marshall B, et al. Anterior cruciate ligament graft fixation first in anterior and posterior cruciate ligament reconstruction best restores knee kinematics. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2018; 26 (4): 1237-1244.
3. Thauinat M, Clowez G, Murphy CG, et al. All-Inside Bicruciate Ligament Reconstruction Technique: A Focus on Graft Tensioning Sequence. Arthrosc Tech. 2017; 6 (3): e655-e660.

MATERIAL Y MÉTODO: CASO CLÍNICO

Mujer de **24 años** con **dolor** e **inestabilidad** de rodilla izquierda de 8 años de evolución tras traumatismo jugando al baloncesto, lo que le limita para realización de sus actividades.

EF: Rodilla inestable (Cajón anterior y posterior **POSITIVOS**)

RMN: LCA aparentemente íntegro - LCP rotura completa

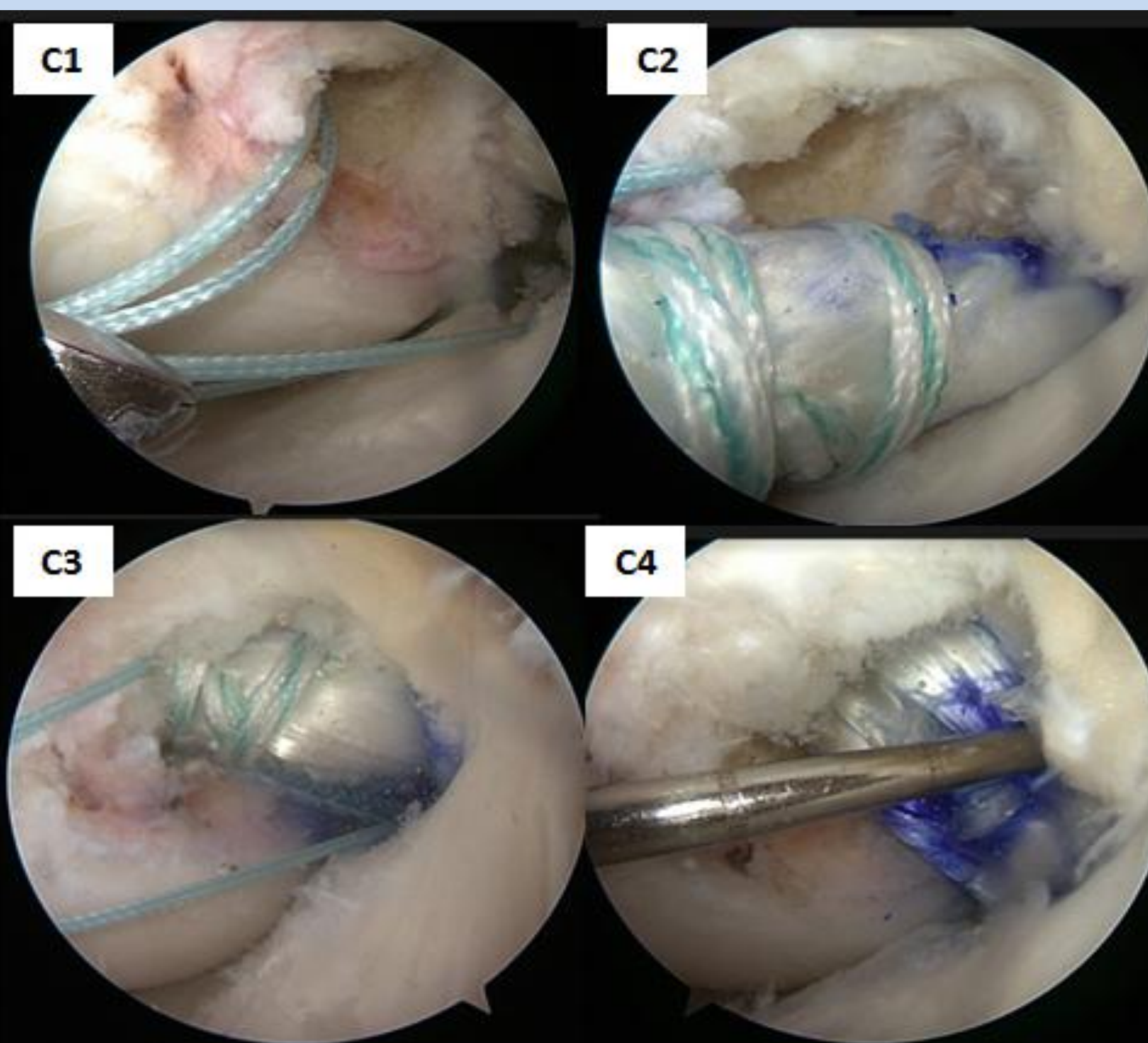


Plan:

CAR

+

Reconstrucción
ligamentosa *all-inside*

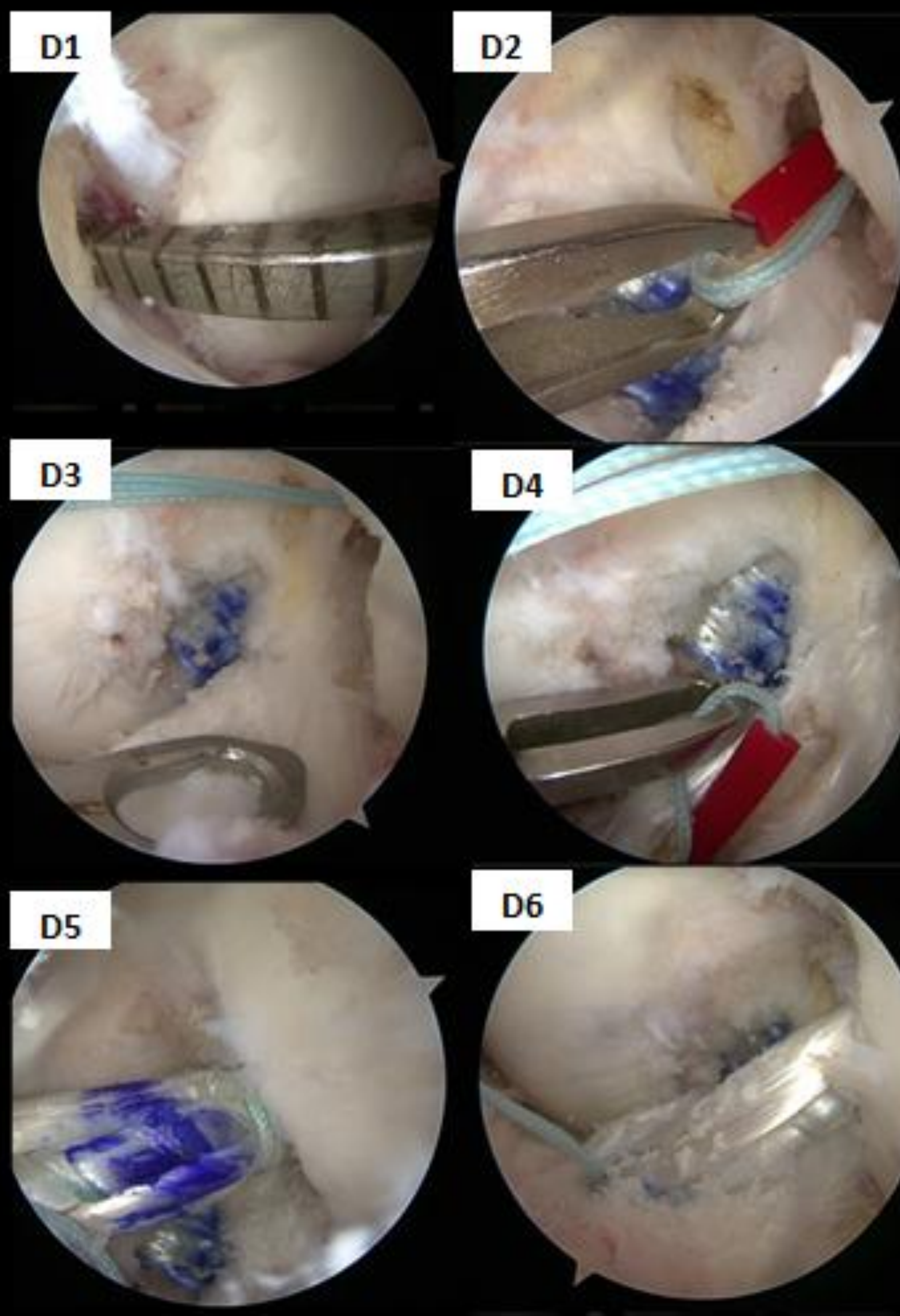


C.- Introducción y fijación de la plastia.

Se utilizan ambas suturas de transporte (C1). Primero se transporta el extremo de la plastia con el TightRope®ABS al túnel tibial (C2), y segundo la plastia y el TightRope®RT a fémur (C3). Una vez introducida, se procede a su fijación. Primero en **fémur** con el TightRope®RT. Colocamos la rodilla en 90° de flexión y rotación interna

y reduciendo el cajón posterior tensionamos la plastia con el TightRope®ABS en tibia y suturamos sobre la chapa el Internal-Brace™.

④ Reconstrucción LCA. Plastia anteromedial all-inside, RI Graft-link®



D1-D2.- Túnel femoral.

Guía femoral fuera-dentro desde portal AL. Huella femoral en cóndilo femoral externo. Túnel retrógrado incompleto de **20x7 mm**.

D3-D4.- Túnel tibial.

Guía tibial desde portal AM. Huella tibial del LCA. Túnel retrógrado incompleto de **30x7 mm**.

D5-D6.- Introducción y fijación de la plastia.

Se recuperan las suturas de transporte por el portal AM. En este caso, **primero la plastia a fémur y luego tibia**, fijando primero el TightRope®RT en fémur y colocando la rodilla a 30° de flexión, se tensa el TightRope®ABS de tibia.

POSTOPERATORIAMENTE. Ejercicios isométricos de cuádriceps.

Descarga y ortesis durante 6 semanas (4 semanas, flexoextensión entre 20° y 90°, semanas 4ª a la 6ª entre 20° y 120° y, a partir de la 6ª semana, flexoextensión libre sin ortesis e inicio de carga).

EVOLUCIÓN. Dos años y medio de seguimiento. Actividades deportivas **sin clínica**. BA de 0 a 140° y **cajón leve** (3-5mm). Escala Lysholm 94 puntos y se encuentra en el Nivel 7 en la escala de Tegner y en el Grupo B de la escala IKDC. Grado de satisfacción **subjetiva excelente**.