

LUXACIÓN DE RODILLA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y LA TÉCNICA QUIRÚRGICA EMPLEADA.

Cuenca Copete A, Gallach Sanchís D, Martínez Arnaiz J, Alfaro Micó J,
Viejobueno Mayordomo MC, Muñoz Chimbo PA.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

INTRODUCCIÓN

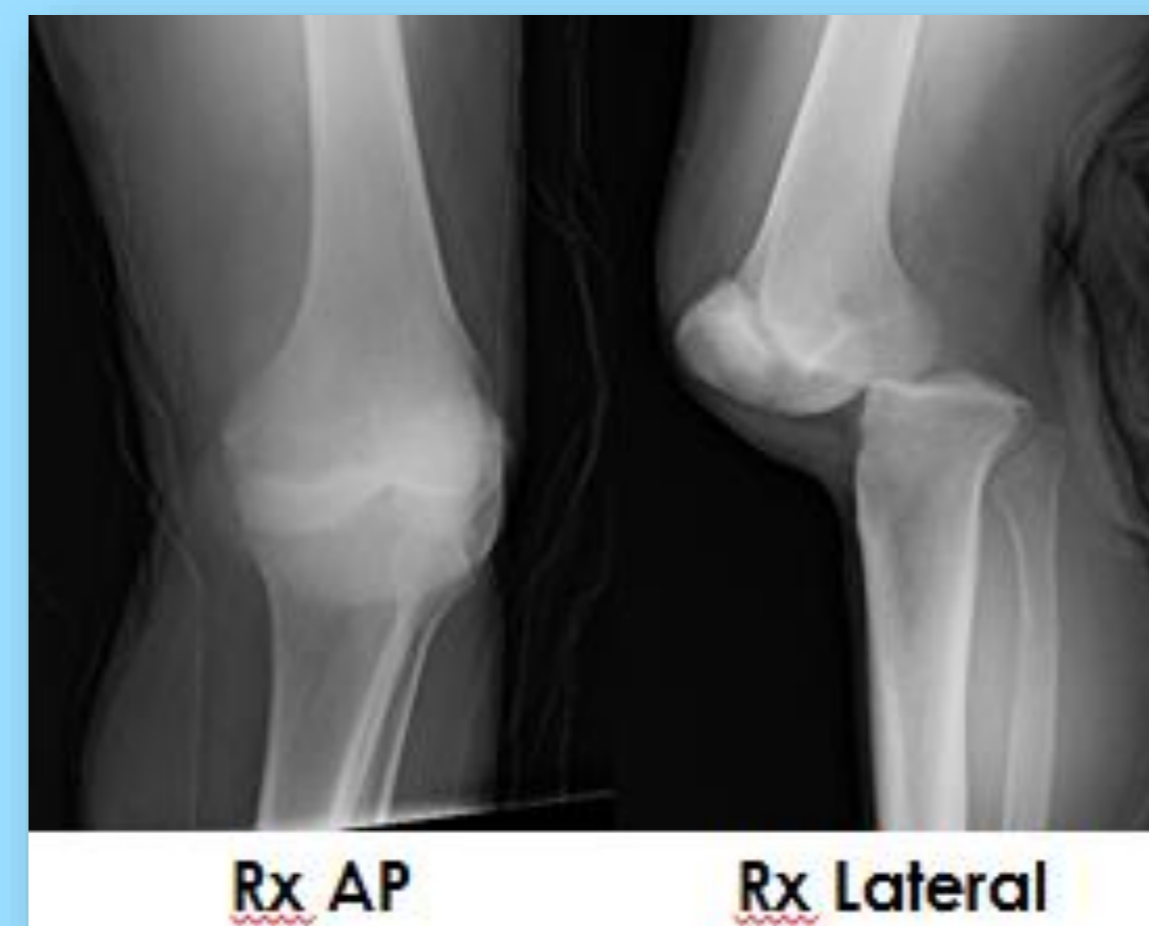
La luxación de rodilla es una patología infrecuente pero potencialmente grave debido a las complicaciones vasculonerviosas que puede asociar y a la repercusión funcional a medio-largo plazo.

OBJETIVOS

Describir el procedimiento llevado a cabo en nuestro medio ante una luxación de rodilla y revisar la literatura disponible.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 47 años acude a urgencias con dolor y deformidad en rodilla derecha tras caída jugando con sus hijos. Se realizan radiografías AP y lateral y se diagnostica de luxación posterior de rodilla. Bajo sedación se procede a reducción cerrada, comprobando posteriormente integridad vascular mediante palpación de pulsos y examen ECO-doppler y evidenciando impotencia funcional para dorsiflexión de tobillo-pie, con anestesia en territorio del nervio ciático poplíteo externo (CPE). Se coloca férula inguinopédica y se solicita RMN, que informa de rotura completa de LCA, incompleta de LCP, lesión en tendón poplíteo, daño completo del complejo posterolateral y fractura en cabeza de peroné. Tres semanas después se realiza reconstrucción quirúrgica en un tiempo.



Rx AP

Rx Lateral

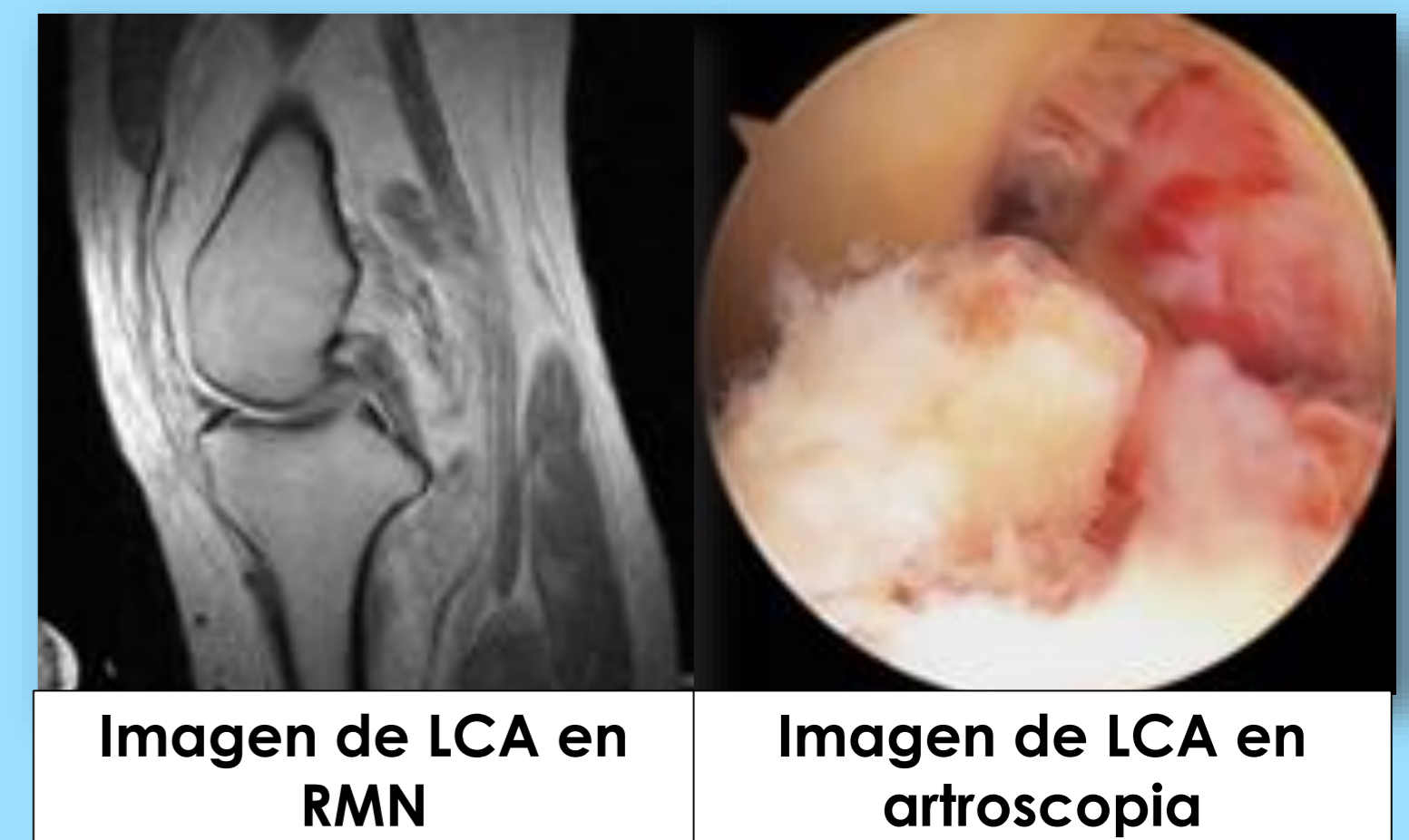


Imagen de LCA en RMN

Imagen de LCA en artroscopia

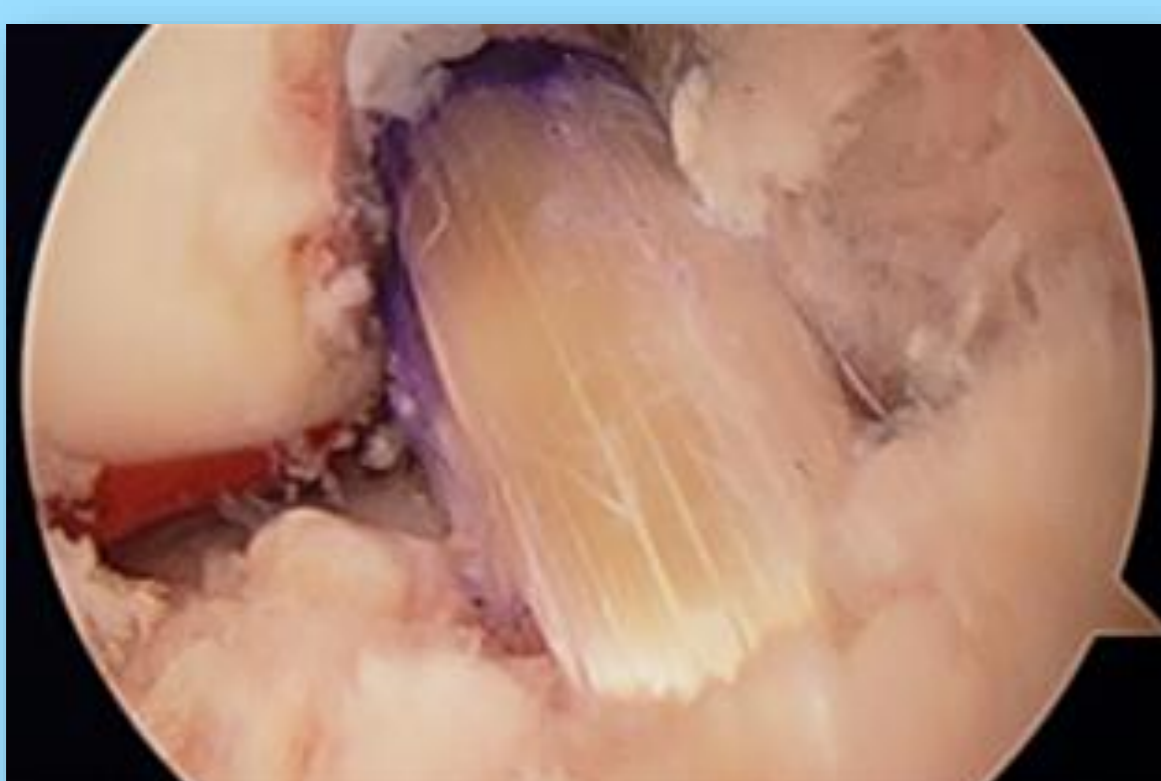


Imagen de LCP en RMN

Imagen de LCP en artroscopia



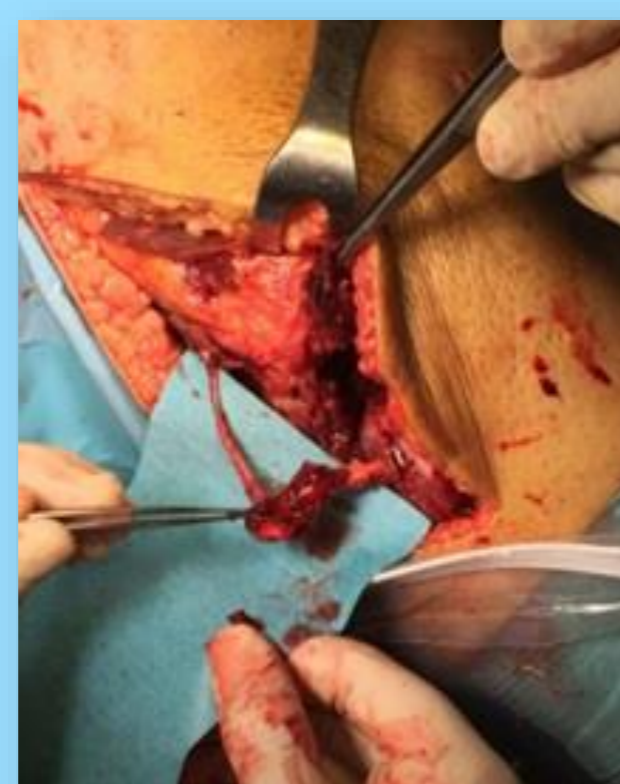
Imagen de tendón poplíteo hemorrágico y sin tensión en artroscopia



Reconstrucción de LCA



Rotura completa del complejo postero-lateral



Lesión muy severa del CPE

RESULTADOS

Por vía artroscópica se procede a:

1. Reconstrucción de LCA mediante injerto autólogo isquiotibial con fijación femoral TightRope® y tibial con tornillo interferencial.
2. Reparación directa de lesiones del complejo posterolateral mediante técnica de Laprade.
3. Se reinsertan el tendón poplíteo y el ligamento arcuato con arpones Juggerknot®.
4. Osteosíntesis de cabeza de peroné con tornillos canulados con arandela y cerclaje transóseo, suturando la cintilla iliotibial.

Durante la cirugía el CPE se muestra elongado y arrosariado, decidiendo referenciar ambos extremos ante sospecha de lesión del mismo.

Se deja al paciente en descarga con ortesis articulada bloqueada y antiequino Boxia.

Tres meses después de la lesión, ante ausencia de signos de reneervación clínica-electromiográfica y con estudio electromiográfico compatible con neurotmesis de CPE, se deriva a centro especializado, donde realizan injerto de nervio sural.

Tras un año del injerto nervioso sin evidenciar mejoría funcional del tobillo, se realiza transposición del tibial posterior a tibial anterior.

CONCLUSIONES

Actualmente nuestro paciente ha obtenido una puntuación de 78 en el cuestionario Lysholm y puntuaciones en el cuestionario KOOS de 82.14 para síntomas, 86.11 en dolor, 88.24 en actividades cotidianas, 65 en deportivas/recreacionales y 68.75 en calidad de vida.



Rx rodilla 2 años post-cirugía



Rx pie 8 meses post-cirugía transposición del tibial