

LESIÓN DEL ÁNGULO POSTEROLATERAL DE LA RODILLA Y LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR ASOCIADO A LESIÓN DE CPE EN PACIENTE JOVEN DEPORTISTA.

De Vega Abreu, P; Grande Gutiérrez, P.J; Lara Pulido, F. J..
Hospital Infanta Elena, Huelva.
Mutualidad de Futbolistas, Federación Andaluza, Sevilla.

OBJETIVOS

Es infrecuente que se produzcan lesiones vasculonerviosas en las lesiones ligamentosas de la rodilla si no existe luxación. Presentamos un caso de lesión del CPE en un paciente joven tras varo forzado mientras realizaba su práctica deportiva habitual.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 19 años, jugando al fútbol presenta traumatismo directo sobre rodilla izquierda con mecanismo de varo y rotación anterolateral forzados.

A la exploración, inflamación de rodilla izquierda, dolor en compartimento externo, bostezo en varo, Lachman positivo, imposibilidad para la flexión dorsal de 1º dedo y tobillo izquierdo, hipoestesia en dorso de pie.

Rx no líneas de fractura.

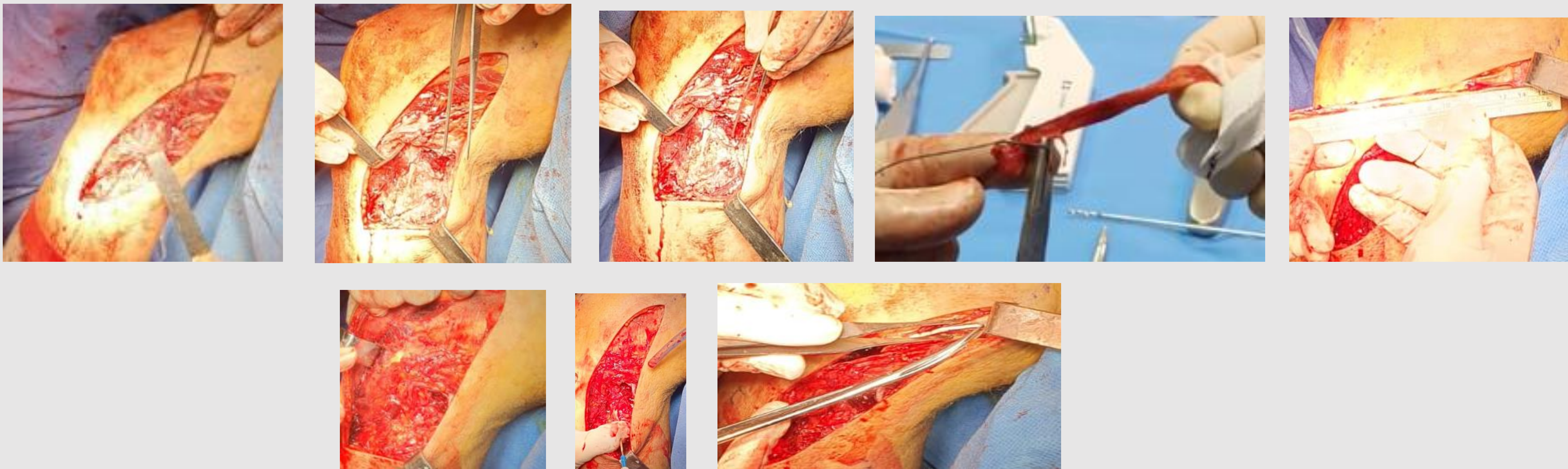
RM: rotura del Ligamento cruzado anterior, rotura del cuerno anterior del menisco externo y rotura del complejo tendón del bíceps, colateral externo e inserción del tendón poplíteo este último parcial. Derrame articular y cambios inflamatorios. En ciático poplíteo externo, inflamación, edema e infiltración de la grasa en toda su trayectoria.

EMG: axonotmesis severa del nervio ciático poplíteo externo.



Se interviene y se repara el LLE y bíceps mediante la técnica en 8 de Larson, con plastia de cintilla iliotibial, realizando un túnel transoso en cabeza de peroné y fijándolo a fémur con tornillo interferencial. Se realiza neurolisis de CPE observando integridad del mismo.

Inmovilizamos mediante ortesis y férula antiequino, en descarga.



RESULTADOS

A las 6 semanas se permite carga y se amplía el rango de movilidad. Buena evolución, mantiene déficit neurológico.

A los 2 meses, EMG: axonotmesis intensa del Nervio Peroneo. Se encuentra mejor, mantiene déficit motor pero comienza a tener sensibilidad, calambres y hormigueo en el territorio CPE.

Al año, buena recuperación, dorsi-flexión de tobillo conservada. No movilidad de 1º dedo.

EMG: neuroapraxia. RM: Fibrosis cicatricial de LCA, LCP y LLI. Cambios postquirúrgicos en menisco externo.

CONCLUSIONES

Tras este periodo de seguimiento hemos conseguido que el paciente vuelva a su práctica deportiva, con una adecuada funcionalidad y recuperación de la conducción nerviosa a pesar del tratamiento conservador, sin embargo debemos individualizar cada caso.

Debemos sospechar una lesión del CPE ante este tipo de lesiones ligamentosas, saber diagnosticarlas precozmente, estabilizar la rodilla y realizar un tratamiento correcto, ya que se trata de lesiones infrecuentes pero graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liu P, Gong X, Zhang J, Ao Y. Anatomic, All-Arthroscopic Reconstruction of Posterolateral Corner of the Knee: A Cadaveric Biomechanical Study. *Arthroscopy*. 2020 Apr;36(4):1121-1131.
2. Jenkins MJ, Farhat M, Hwang P, Kanawati AJ, Graham E. The Distance of the Common Peroneal Nerve to the Posterolateral Structures of the Knee. *J Arthroplasty*. 2016 Dec;31(12):2907-2911