

María Murcia Gómez¹, Antonio López Albaladejo¹, Jesús Llorens Fernández¹, María José Ros Nicolás², José Antolín Aguilera 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.

OBJETIVOS

La luxación de rodilla es una patología poco frecuente pero urgente. Suele deberse a traumatismos de alta energía, aunque con escasa frecuencia puede producirse tras un traumatismo de baja energía, sobre todo en pacientes con un IMC elevado. Al diagnóstico se debe descartar que haya asociada lesión neurovascular que puede manifestarse al inicio o durante las horas posteriores, entre el 8-22% de los pacientes con luxación de rodilla pueden desarrollar una lesión vascular, de las cuales la más frecuente es una lesión de la arteria poplítea (20-60%).

En cuanto a las lesiones nerviosas, el nervio peroneo común se ve afectado con una incidencia del 5-20%. Se han descrito protocolos de actuación ante este tipo de lesiones dada su complejidad y su potencial gravedad. No obstante, el tratamiento debe individualizarse en función de las características del paciente y de la lesión según los hallazgos, pues las luxaciones de rodilla pueden presentarse con distintos patrones de lesiones descritos en la clasificación de Schenck que tiene en cuenta las lesiones ligamentosas y neurovasculares.

El tratamiento comienza en urgencias con la reducción cerrada y debe completarse con la reparación de las estructuras dañadas y el tratamiento de las secuelas si las hubiere. Se recomienda un tratamiento quirúrgico temprano, pues existe evidencia de que con él se obtienen mejores resultados que con el tratamiento conservador y que con el tratamiento quirúrgico tardío. El tipo de tratamiento quirúrgico también es controvertido pues se han descrito distintas técnicas en 1 y en 2 tiempos. En el caso que nos ocupa se realizó una cirugía en 2 tiempos, en el 1º se llevó a cabo la reparación de estructuras extraarticulares y del LCP y en el 2º tiempo se reconstruyó en LCA.

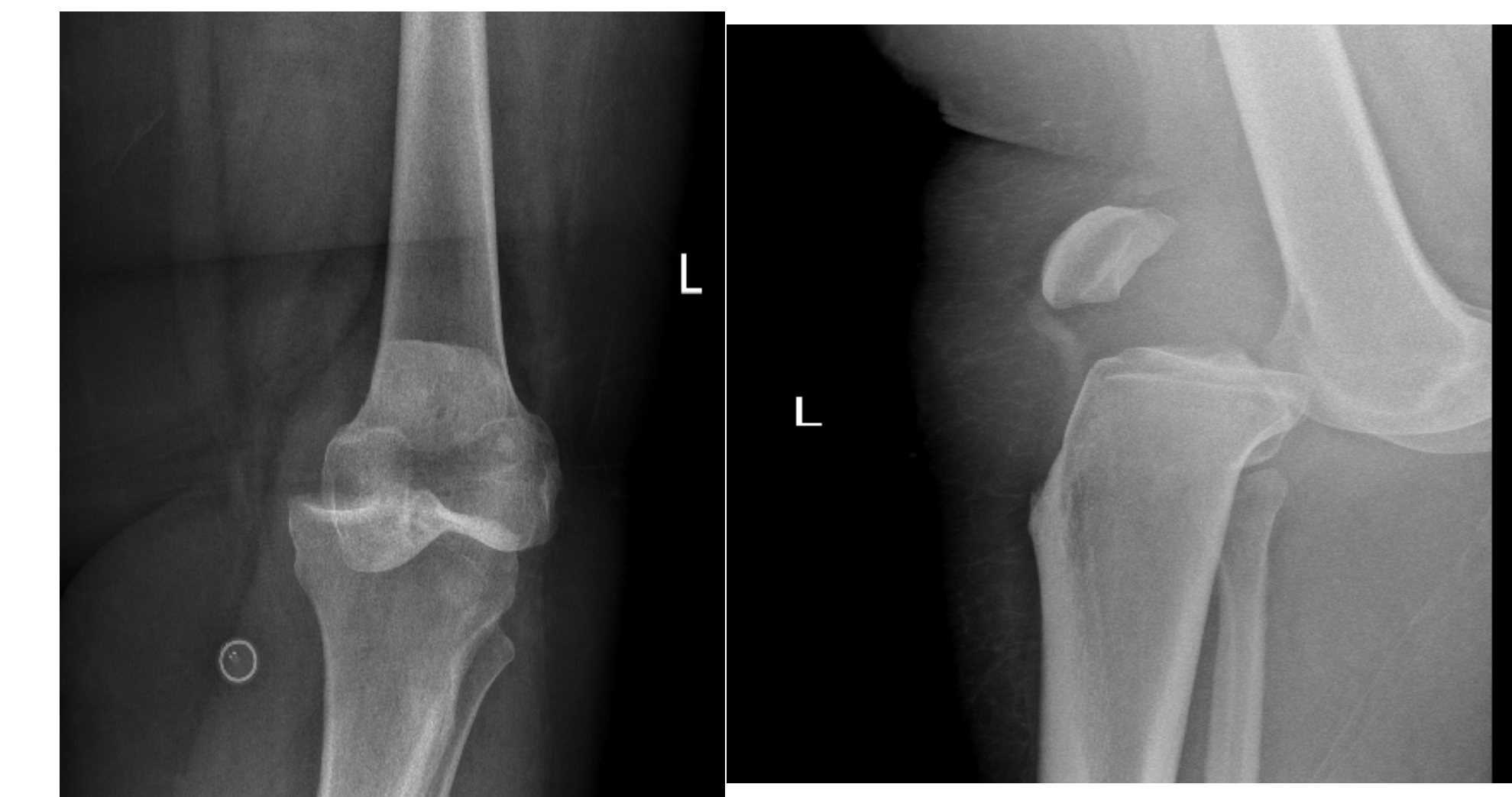


IMAGEN 1. Radiografías AP y lateral de rodilla en Urgencias

RESULTADOS

La paciente permaneció en descarga hasta 8 meses tras la cirugía, a partir de entonces se autoriza la carga parcial (control radiológico evolutivo en Imagen 3). Pasados 10 meses de la cirugía la paciente presenta un balance articular 0-80º y actualmente continúa con tratamiento rehabilitador.

CONCLUSIONES

La luxación de rodilla tras traumatismos de baja energía se da principalmente en pacientes obesos. Presenta peor pronóstico pues suele asociarse a una mayor destrucción de estructuras ligamentosas acompañado de un incremento en la incidencia de complicaciones, entre ellas la tasa de reoperaciones. Otra de las posibles complicaciones que se puede encontrar son las lesiones neurovasculares que pueden manifestarse al inicio del cuadro o durante la evolución.

La afectación del CPE puede evolucionar hacia la no mejoría, hacia la mejoría parcial y en algunos casos hacia la recuperación completa. Ante una lesión de este tipo, el tratamiento varía en función de la naturaleza de la misma, si la lesión es reparable se podría realizar una reparación quirúrgica del mismo, de lo contrario el tratamiento conservador es el de elección. Si no se recupera la función del nervio se puede llevar a cabo un tratamiento quirúrgico de secuelas realizando una transferencia del tibial posterior con el objetivo de recuperar la flexión dorsal del pie. El tipo de lesión de este nervio está en relación con la dirección de la luxación y las lesiones ligamentosas asociadas.

El caso que presentamos es un reflejo de la complejidad de estas lesiones en este tipo de pacientes, en nuestro caso evidenciamos lesión de 4 ligamentos, durante la evolución hallamos lesión neurovascular y fallo del primer tratamiento quirúrgico pues la plastia inicial de LCP fracasó y presentó una lesión del CPE no recuperada que derivó en un pie equino rígido haciendo necesaria una cirugía de secuelas.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez A, Espejo A, Montes A, Carnero P, Villanueva F. Luxación de rodilla ante traumatismo de bajo impacto. A propósito de un caso. Rev Esp Artroc Cir Articul. 2017;24(2):171-174
- Levy BA, Dajani KA, Whelan DB, Stannard JP, Fanelli GC, Stuart MJ, et al. Decision making in the multiligament Knee injuries: an evidence-based systematic review. Arthroscopy. 2009;25:430-8.
- Levy BA, Krych AJ, Shah JP, Morgan JA, Stuart MJ. Staged protocol for initial management of the dislocated knee. Knee Surg Sport Traumatol Arthosc. 2010;18:1630-7.
- Niall DM, Nutton RW, Keating JF. Palsy of the common peroneal nerve after traumatic dislocations of the knee. J Bone Joint Surg (Br). 2005;87-B:664-7.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 43 años, obesidad mórbida. Tras un traumatismo de baja energía presenta una luxación anterior de rodilla (Imagen 1). Tras descartar complicación neurovascular se redujo bajo sedación en quirófano evidenciándose inestabilidad anteroposterior, se inmovilizó con férula. Se optó por una reparación ligamentosa en 2 tiempos:

En el primer tiempo se reconstruyeron los ligamentos lateral externo con plastia de bíceps femoral, el lateral interno con plastia de isquiotibiales y para la reconstrucción del cruzado posterior (LCP) se empleó aloinjerto. El control postoperatorio se muestra en la imagen 2.

En un segundo tiempo artroscópico se observó fallo de la plastia de LCP, por lo que se colició a reparar el LCP junto con el LCA, ambos con aloinjerto.

Durante el postoperatorio se halló una lesión del CPE (axonotmesis parcial severa confirmada por electromiografía) con un pie equino que no mejoró con el tratamiento conservador, precisando una cirugía de secuelas con alargamiento del tendón de Aquiles y transposición del tibial posterior.

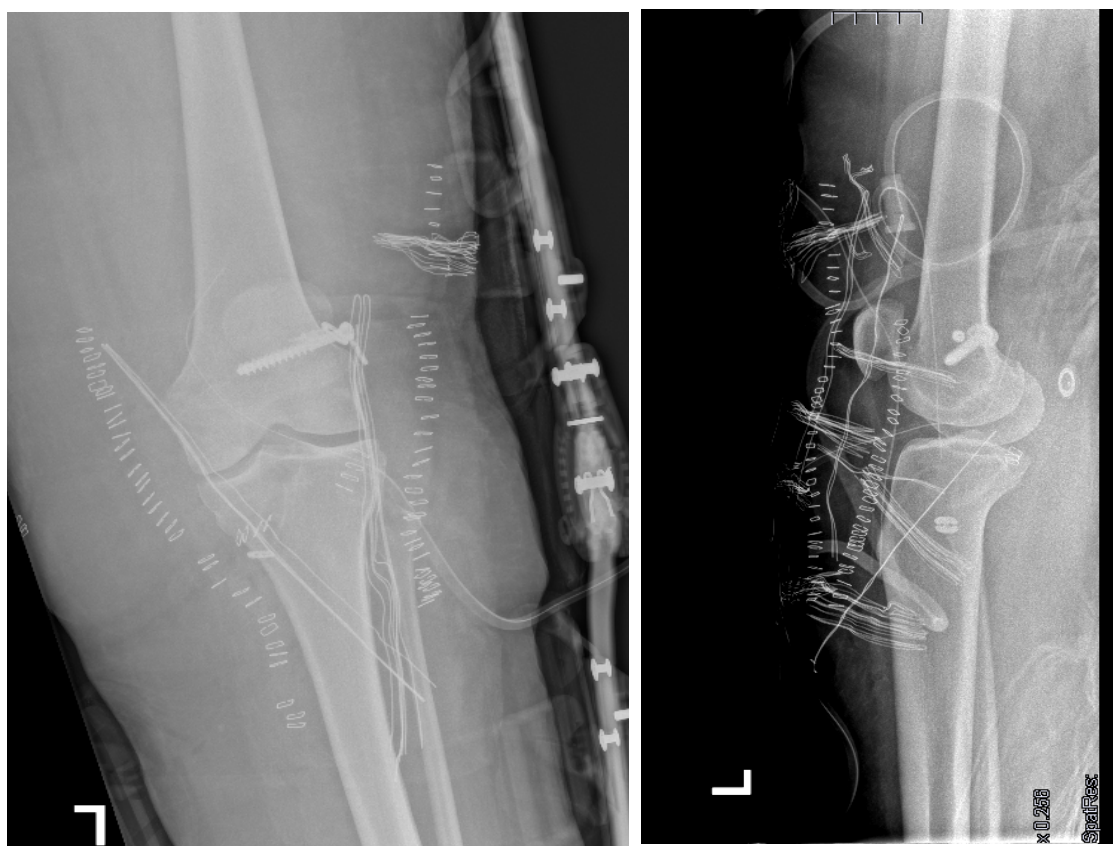


Imagen 2. Radiografías AP y lateral. Control postoperatorio.

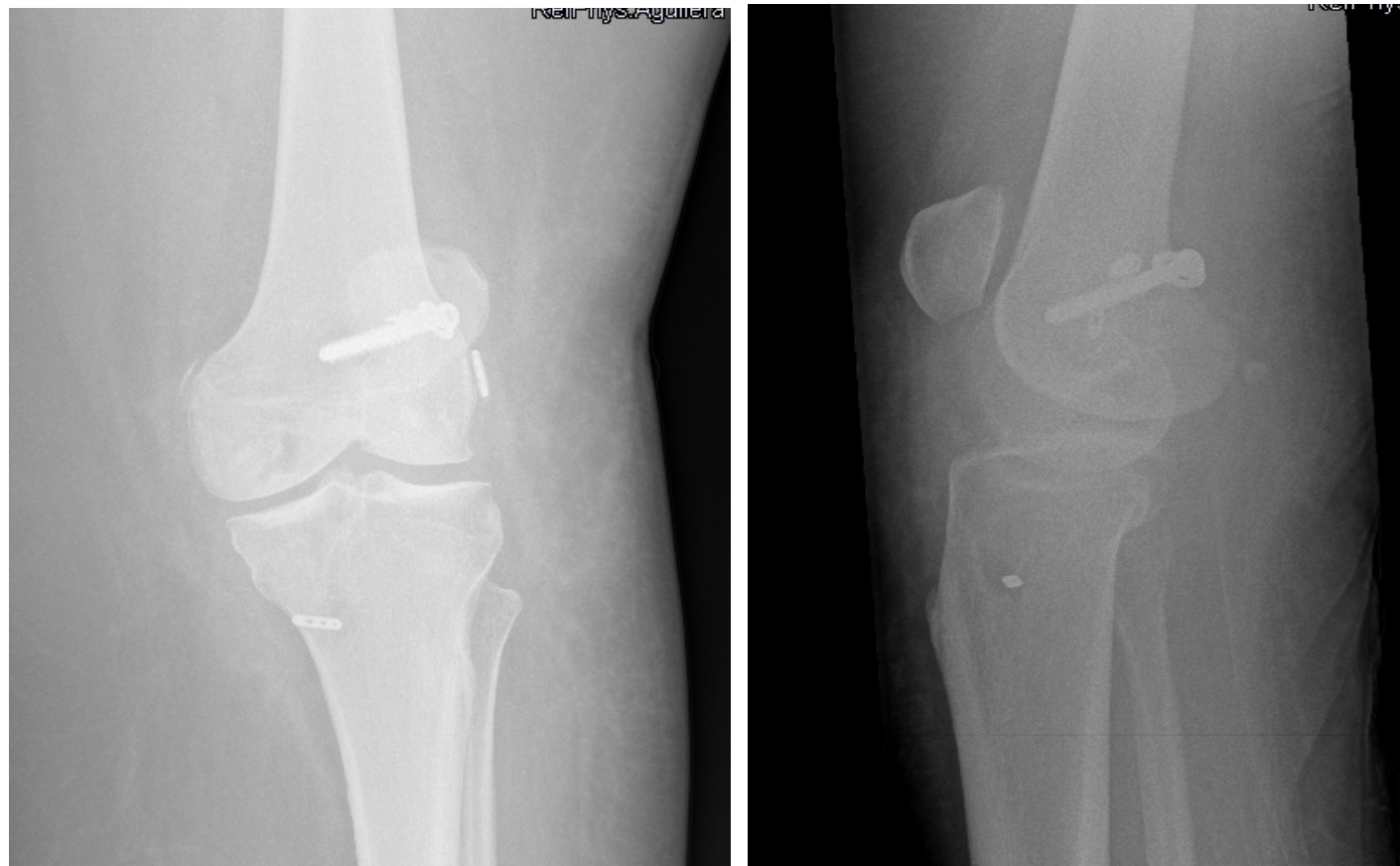


Imagen 3. Radiografías AP y lateral. Control radiológico a los 8 meses de la cirugía