

Rotura multiligamentaria de rodilla

A propósito de un caso

García Sánchez, L¹. Martínez Araniz, J².

G^a de León G^a del Castillo, A³.

Muñoz Chimbo, P¹. Cuenca Copete, A¹.

¹Médico Interno Residente Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

²Jefe Sección Área Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

³Facultativo Especialista Área Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

OBJETIVOS

Plantear la revisión de un caso clínico con lesión multiligamentosa de rodilla, siendo ésta una patología que con frecuencia pasa desapercibida en la evaluación inicial del paciente. Además analizaremos el manejo del tratamiento, evolución y complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos un varón de 17 años, que tras traumatismo directo de alta energía en rodilla derecha, refiere episodio de subluxación, acudiendo a urgencias con gran derrame articular y dolor. En la exploración, presenta bostezo al valgo en extensión, un cajón anterior y posterior pocos significativos y una valoración vasculonerviosa normal. En la radiografía proyección lateral, se observaba avulsión de fragmento óseo en cara posterior de tibia proximal(fig.1).



Fig.1.Rx lateral rodilla
Fig.2.RNM rodilla
Arrancamiento inserción tibial de LCP

RESULTADOS

Se solicita RNM, visualizando arrancamiento de la inserción tibial de ligamento cruzado posterior (LCP)(fig.2), fractura de espina tibial medial y rotura de ligamento lateral interno (LLI)(fig.3). Ante dichos hallazgos, a los 15 días se realiza artroscopia observando arrancamiento completo de LCP(fig.4) que se reinserta sobre huella previa con botón ZipLoop de anclaje cortical y fractura de espina tibial anterior tipo II por tracción de ligamento cruzado anterior(LCA)(fig.5), que se reduce y fija con botón cortical ZipLoop.

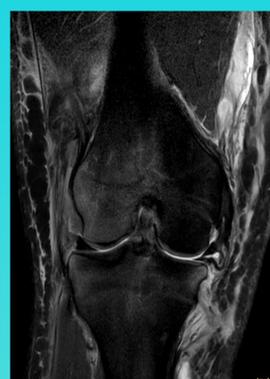


Fig.3.RNM rodilla:
rotura LLI

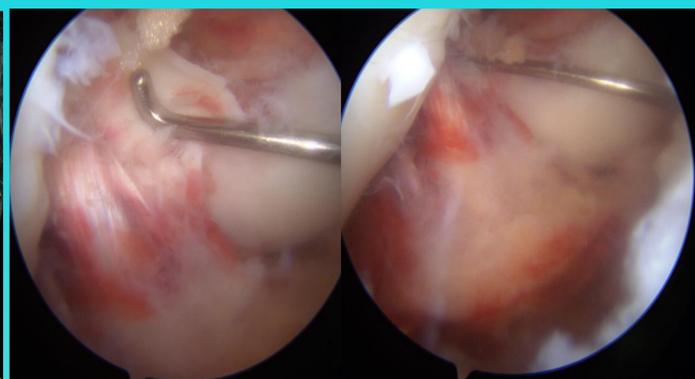


Fig.4 y 5. Imágenes de artroscopia: arrancamiento LCP y fx espina tibial anterior

A todo ello, se suma una rotura capsular submeniscal del LLI con encarceración del mismo en el compartimento interno(fig.6), procediendo mediante abordaje abierto al cierre de la brecha capsular y reparación del LLI con tornillo interferencial(fig.7). La raíz meniscal interna se encuentra unida a la cápsula posterior sin encontrar lesiones en el compartimento externo. Actualmente en el postoperatorio, se mantiene en descarga 4 semanas, iniciándose progresivamente la movilidad activa y la carga con evolución favorable.



Fig.6.Imágen de rotura LLI



Fig.7. Imágen de reparación LLI

CONCLUSIONES

Aunque actualmente persiste en el manejo definitivo de la lesión multiligamentaria de rodilla controversias en relación al momento, técnicas quirúrgica y protocolo rehabilitador; la mayoría de los autores recomiendan una cirugía temprana en torno a las 2 semanas del traumatismo y tras la resolución de la inflamación aguda, mediante una reconstrucción simultánea de ambos ligamentos cruzados, así como de lesiones de ligamentos colaterales grado III, para restaurar la estabilidad articular y obtener un mejor resultado funcional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabesan Ve t al.T. Hip and knee dislocations in extreme sportsJ Exerc Sports Orthop. 2015;2:1-4
2. Bispo Jr RZ, Kawano CT, Guedes AV. Chronic multiple knee ligament injuries: epidemiological analysis of more tan one hundred cases. Clinics 2008; 63(1): 3-8
3. Zelle BA, Vidal AF, Brucker PU, Fu FH. Double-bundle reconstruction of the anterior cruciate ligament: anatomic and biomechanical rationale. J Am Acad Orthop Surg 2007; 15(2): 87-96
4. Brown Jr, et al. Knee ligament injury. In: Harry B. McGraw-Hill, 2006: 176-185

C O N G R E S O
SECOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA