

Paciente con amputación transtibial traumática y lesión multiligamentaria de rodilla. Técnica de reconstrucción y protetización



Autores: **Mario Holgado Fernández** ;Pedro Muñiz Zatón, Carlos Galindo Rubin,
David Santos Hernandez, Sara Garcia Gonzalez
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Facultad de Medicina. Santander, Cantabria.



INTRODUCCIÓN

Las lesiones multiligamentarias de rodilla asociadas a una amputación transtibial son patologías con baja incidencia, por lo que su diagnóstico y tratamiento representan un gran reto para el equipo médico.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente varón que sufre accidente con amputación traumática del pie izquierdo. Tras la estabilización del paciente y exploración en quirófano de las lesiones, se realiza amputación transtibial reglada pendiente de filiación de lesión de rodilla:

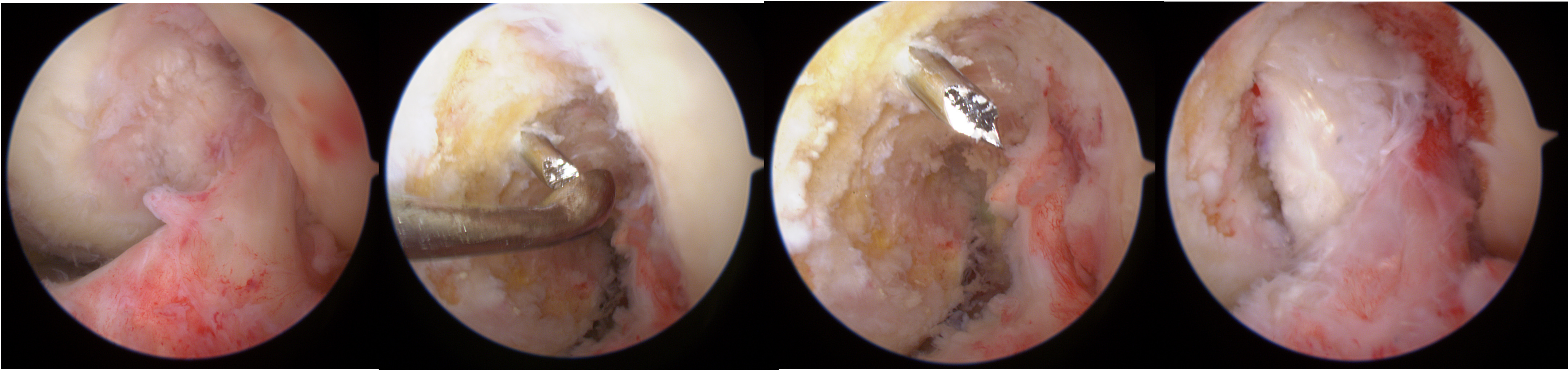
➤ RMN: lesión del ligamento cruzado posterior (LCP) y del complejo posterolateral.

Después de 1 mes y tras obtener la apariencia correcta del muñón, se intentó protetizar el miembro sin éxito por la gran inestabilidad de la rodilla, por lo que se realiza cirugía.

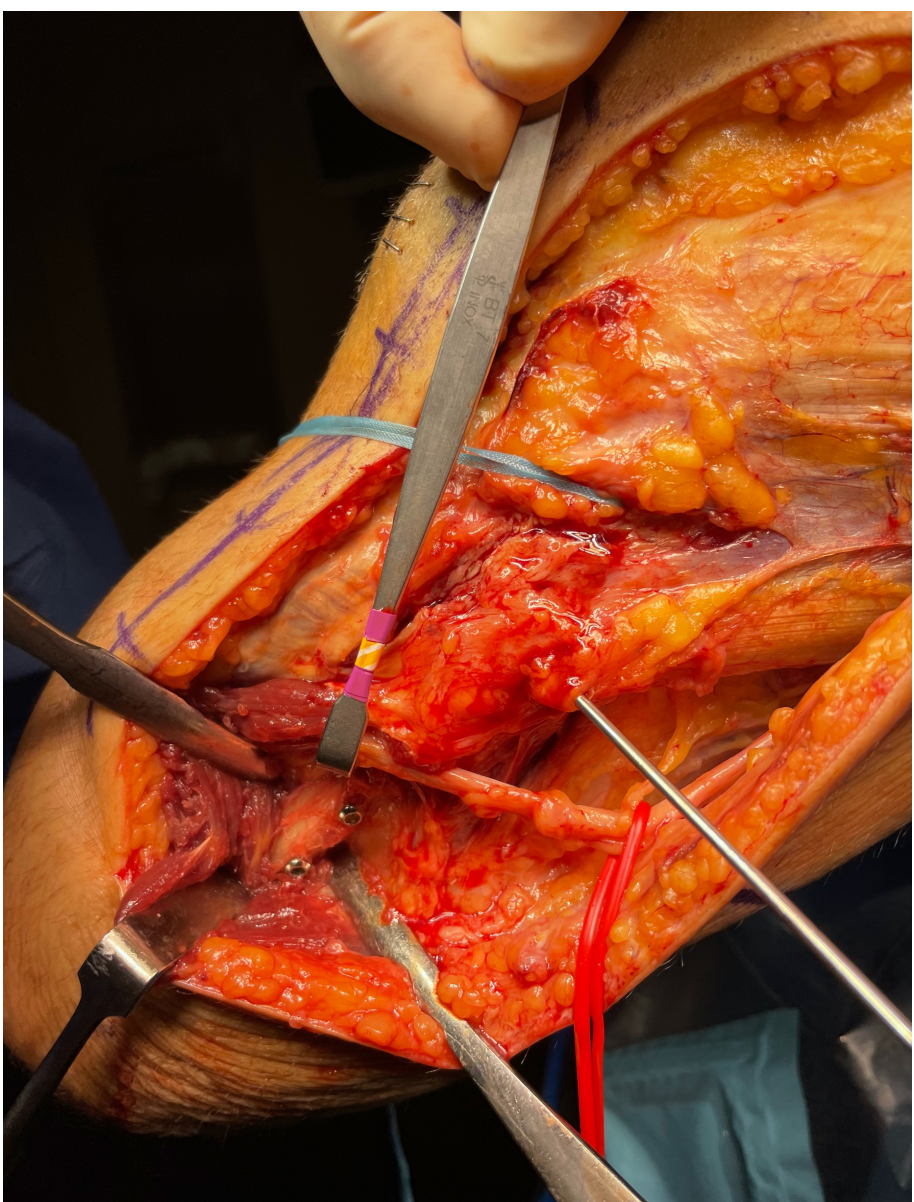
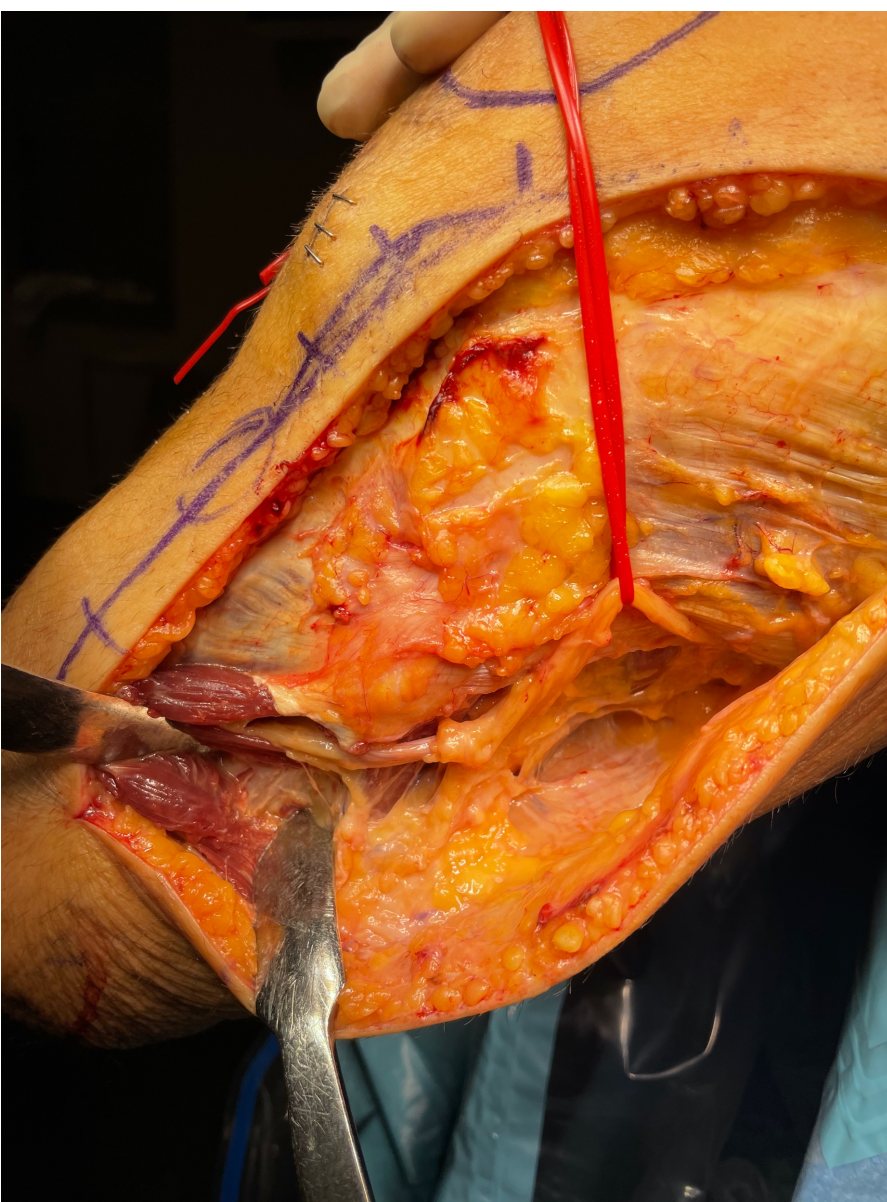
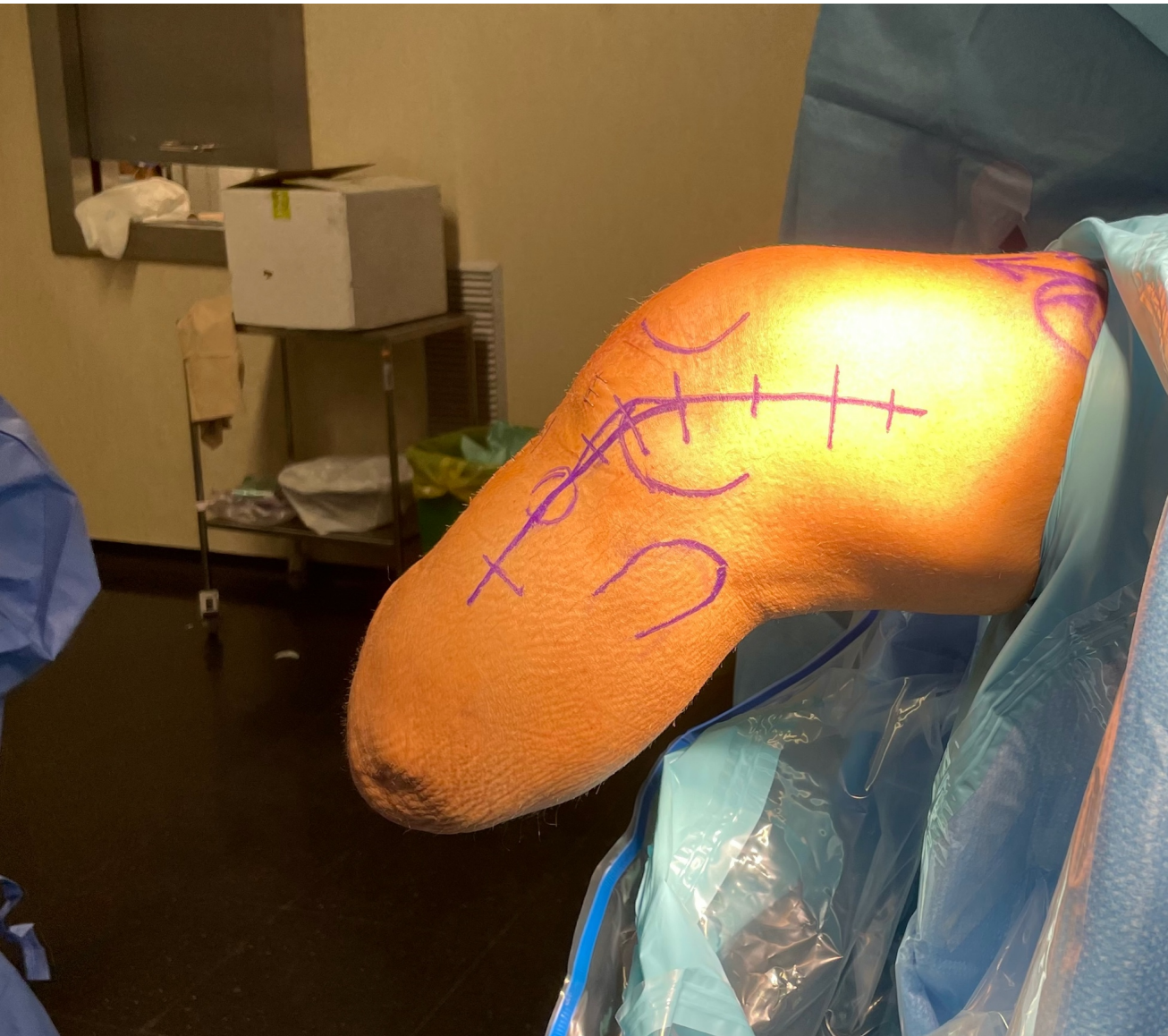


Procedimiento terapéutico

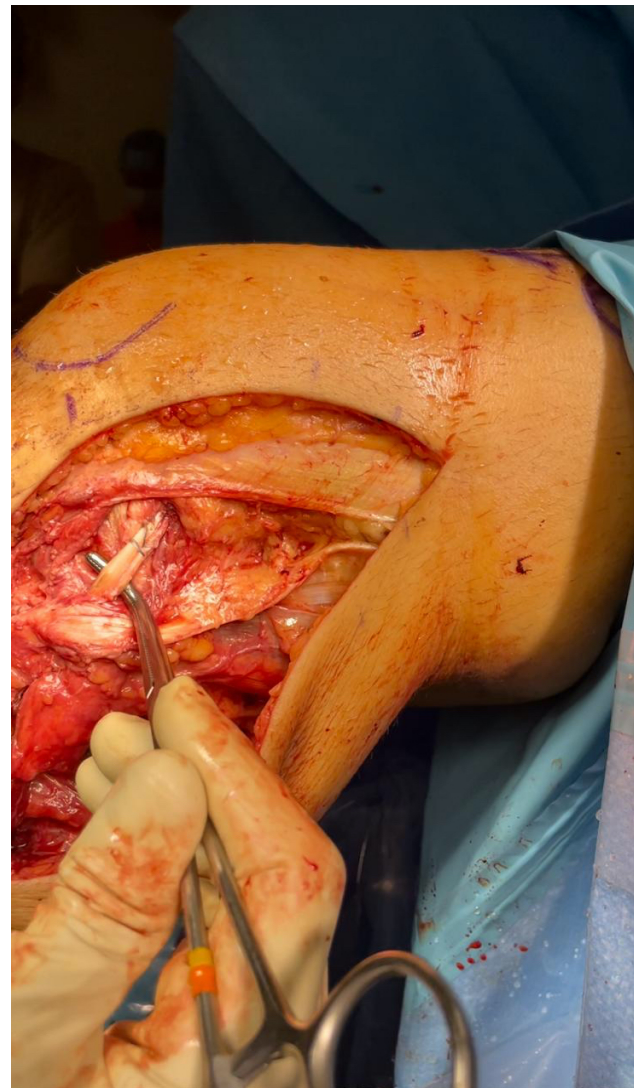
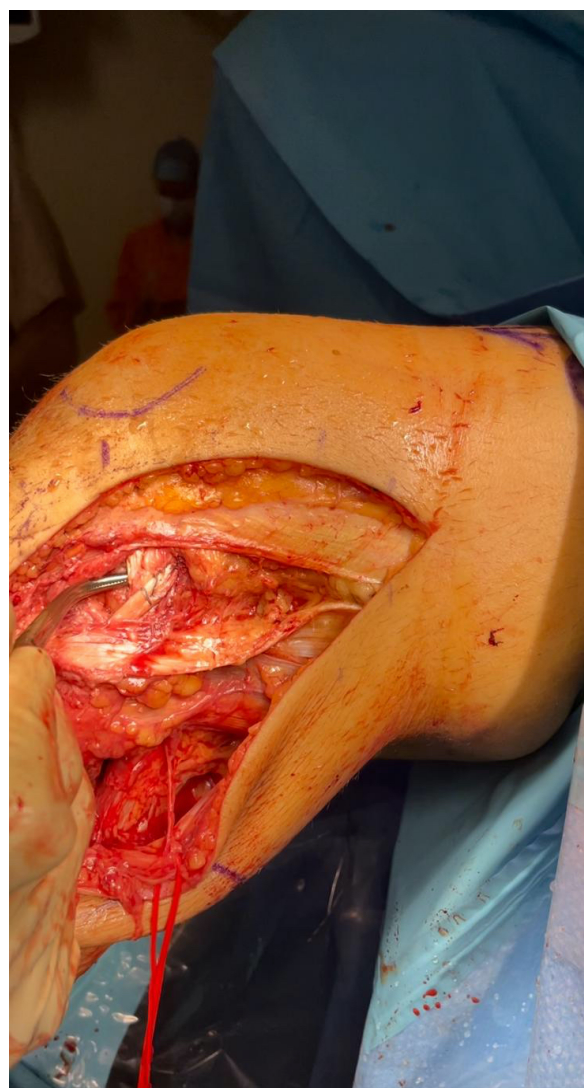
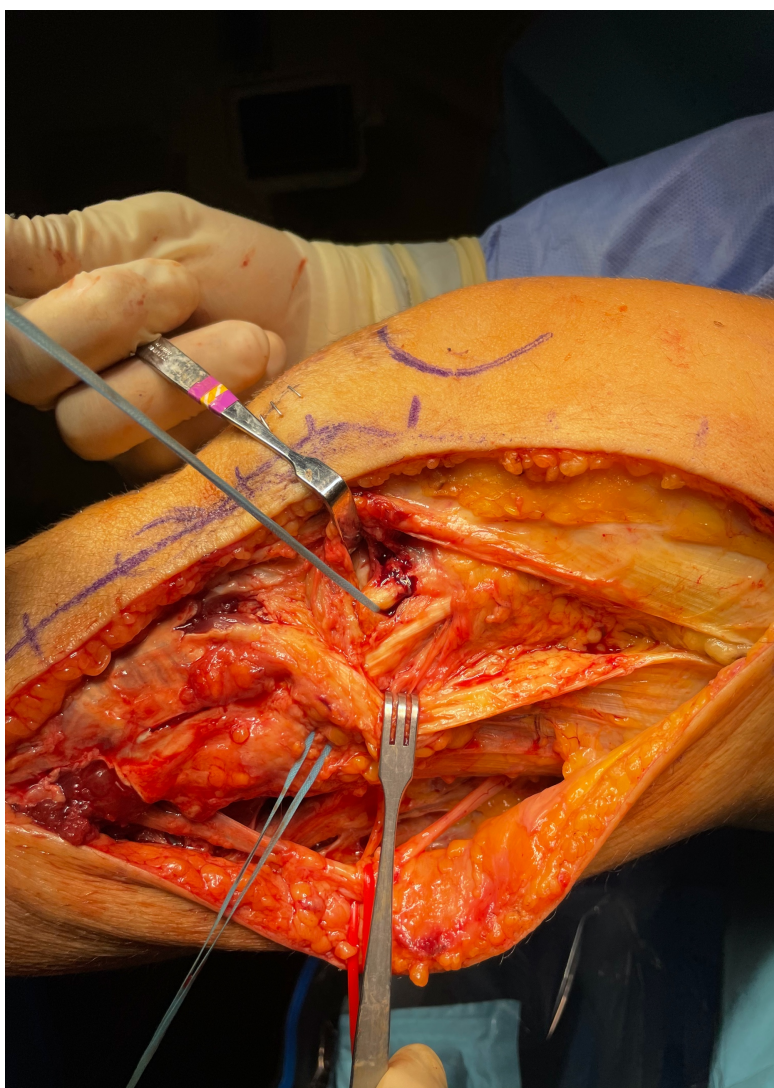
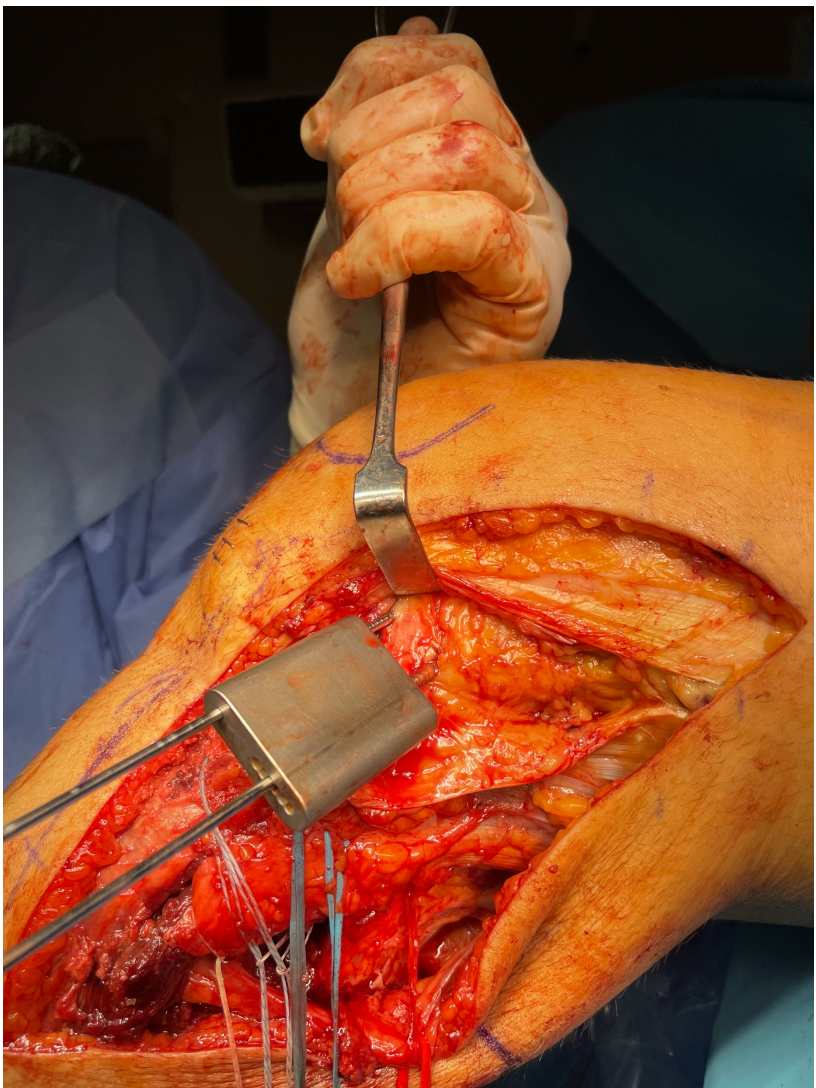
❑ Ligamentoplastia de LCP con aloinjerto de tendón de Aquiles, realizando fijación femoral definitiva con un tornillo interferencial 10x30 y tornillo interferencial de 35x12 en la tibia + grapa.



❑ Reducción abierta de luxación de articulación tibioperonea proximal y fijación definitiva con dos tornillos diafisarios de 3,5 mm desde el peroné a tibia, para mantener la reducción y facilitar la reconstrucción del ángulo posterolateral.



❑ Reconstrucción del ángulo posterolateral, según técnica de LaPrade con aloinjerto de isquiotibiales de 7mmx25 mm



RESULTADOS

Tras la cirugía se inicia la readaptación del paciente para colocar la prótesis, que se logra tres meses después de la cirugía con buena tolerancia.

Después de 6 meses el paciente camina distancias de hasta 6-7 km sin inestabilidad.



CONCLUSIONES

Para obtener resultados satisfactorios en estos pacientes, es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de la lesión, analizando la estabilidad tibioperonea proximal y proporcionando una estabilidad adecuada mediante la ejecución de una técnica quirúrgica precisa; que permitirá un correcto proceso de proletización del miembro inferior, otorgando al paciente mayor autonomía y calidad de vida.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA