

ROTURA DEL LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR ASOCIADO A ROTURA PARCIAL DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. ¿TRATAMOS AMBOS?.

Antonio López Albaladejo (1), María Murcia Gómez(1), Jesús Llorens Fernández (1), Jorge Crespo Cánovas(1), Jaime Flores Gallardo(2).

Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena (1).

Hospital Universitario Gregorio Marañón (2).

Objetivos

El objetivo es describir la técnica quirúrgica empleada para la reconstrucción anatómica del ligamento cruzado posterior asociada a una lesión parcial del ligamento cruzado anterior en una paciente deportista que como principal sintomatología refería inestabilidad en su rodilla derecha

Material y métodos.

Mujer de 21 años. Deportista. La paciente sufrió dos meses antes un traumatismo directo en la rodilla derecha mientras jugaba a balonmano, jugaba a nivel profesional. Presentaba un ligero peloteo rotuliano, pero la clínica más limitante era sensación de inestabilidad anteroposterior en la rodilla. Cajón anterior + y cajón posterior ++++. Lachman +/- . Bostezos en varo y valgo negativos y maniobras meniscales negativas. Se solicita resonancia magnética que pone en evidencia una rotura completa aislada del ligamento cruzado posterior (LCP). En vista de la lesión y la clínica de la paciente se le ofrece cirugía artroscópica exploratoria y reconstrucción anatómica del ligamento cruzado posterior.

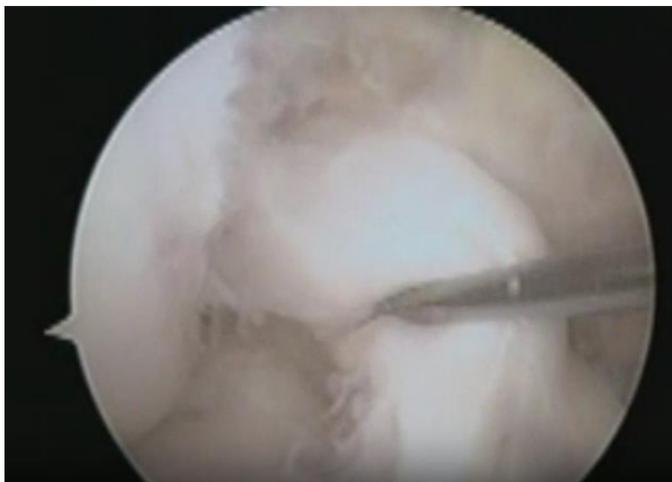


Figura 1. Restos del ligamento cruzado posterior y haz posterolateral del ligamento cruzado anterior destensado.

Resultados.

Cinco meses después de que la paciente sufriera la mencionada lesión se le realiza una cirugía artroscópica. Abordaje antero-externo y antero-interno clásicos. Se visualiza LCP destensado y ligamento cruzado anterior (LCA) con una rotura parcial y destensado del haz posterolateral. Mediante abordaje postero interno se realiza desbridamiento y exéresis de restos de LCP y se coloca plastia de aloinjerto en tres fascículos en posición anatómica. Se coloca Tight- Rope en fémur y ABS en tibia. Se realizó retensado del fascículo posterolateral del LCA mediante cinta de alta resistencia y tornillo de tenodesis Swive Lock.

Conclusiones.

En un paciente deportista con clínica de inestabilidad es primordial reconstruir quirúrgicamente las estructuras dañadas. En este caso mediante la reconstrucción anatómica del ligamento cruzado posterior y no conformándonos solo con esto. Si no se actúa sobre el fascículo PL del LCA la clínica de inestabilidad podría seguir presente tras reconstruir el LCP por lo que se decidió su retensado.

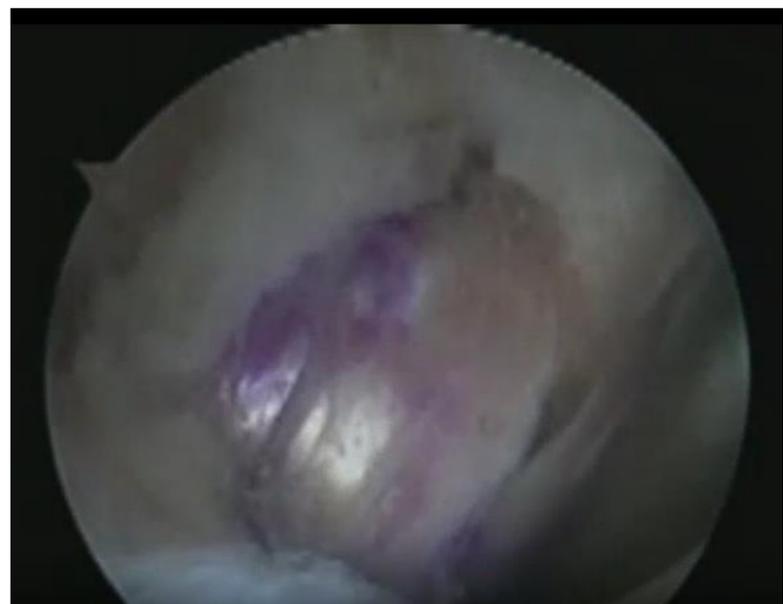


Figura 2. Plastia ligamento cruzado posterior.