

Reparación de superficie articular tibial con aloinjerto osteocondral. Técnica quirúrgica.

Marcos González Alonso, Luis Díaz Gallego, Jose Ignacio Álvarez Posadas, Luis A. Ruíz Villanueva, Alba Hernández Rúa

Objetivos

Presentamos el caso de un varón de 35 años que presenta secuelas de una fractura de meseta tibial tras accidente de tráfico hace un año.

Material y métodos.

En las pruebas de imagen se aprecia un colapso de la columna lateral que afecta a la superficie articular. Se propone una restauración de la superficie articular empleando aloinjerto congelado para lo que solicitamos al banco de tejidos una meseta de las dimensiones del paciente.



Resultados

Con el paciente en decúbito supino, dejando ambas piernas colgando con una flexión de rodilla a 90º se aborda la rodilla vía lateral sobre la cicatriz previa. Identificamos el ligamento colateral lateral (LCL) que desinsertamos de tibia y del menisco externo para poder acceder a la hemimeseta lateral. Extraemos la placa de osteosíntesis, delimitamos el área del defecto en la superficie articular, y lo resecamos. Tallamos el injerto osteocondral y lo fijamos provisionalmente con agujas. Comprobamos la continuidad articular y realizamos la osteosíntesis definitiva con tres tornillos canulados de rosca parcial.

Confirmamos la correcta posición del injerto y tornillos en la radiografía y comenzamos a cerrar comenzando con la reinserción del LCL mediante puntos transósseos. Fijamos el menisco externo al ligamento y continuamos reinsertando todo el borde anterior a la cápsula. Tras cerrar piel, inmovilizamos con una férula inguinopédica.

Conclusiones

Puntos para destacar de esta técnica:

- Con esta posición del paciente conseguimos mayor espacio articular.
- Referenciar el LCL con una sutura nos ayuda a apartarlo del campo y posteriormente a reinsertarlo.
- Podemos emplear injerto de hueso esponjoso impactado para regularizar el lecho antes de fijar el aloinjerto osteocondral.
- Una alternativa para la reinserción del LCL es el uso de suturas con anclajes óseos.
- Mantendremos la inmovilización 4-5 semanas para comenzar a movilizar en descarga. Un mes después podemos iniciar la carga parcial y progresar.