

EVOLUCIÓN TÓRPIDA EN LIGAMENTOPLASTIA DE CRUZADO ANTERIOR EN PACIENTE ESQUELÉTICAMENTE INMADURO

SILVIA VIRGINIA Campesino Nieto, VERÓNICA Álvarez García,
JESÚS Díez Rodríguez, SERGIO Valle López, GUILLERMO Useros Milano

INTRODUCCIÓN

Es importante el tratamiento quirúrgico temprano de las lesiones de ligamento cruzado anterior (LCA) en pacientes esqueléticamente inmaduros para evitar lesiones sobreañadidas e inestabilidad.

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente varón de 14 años deportista de alto rendimiento con antecedente de ligamentoplastia trasepifisaria y meniscectomía parcial de menisco interno en la rodilla izquierda hace 2 años y medio. En seguimiento postquirúrgico refiere molestias. Exploración con rodilla valguizada, laxa pero estable; la tibia presenta un recurvatum pronunciado con slope posterior de -15° . En teleradiografías valgo de $10,4^\circ$, báscula pélvica - 2 cm izquierda, Risser III sin escoliosis. En la resonancia magnética los ligamentos y meniscos sin alteraciones agudas. TC para planificación prequirúrgica tras cierre de fisis. Slope tibial posterior final de -20° y discrepancia de longitud de 3 cm sin alteraciones de alineación. Se realizó osteotomía tibial anterior con cuña de apertura de 2cm con aloinjerto cabeza femoral respetando tuberosidad tibial y posterior fijación con 3 tornillos y artroscopia diagnóstica (LCA integro laxo). Buena evolución postquirúrgica, 6 meses después el recurvatum se ha corregido, la discrepancia de longitud se mantiene en 2 cm, la rodilla es estable y está empezando carrera.

DISCUSIÓN

En los pacientes inmaduros esqueléticamente es frecuente encontrar complicaciones como rerupturas de plastias (8,7%) y alteraciones del crecimiento, siendo la deformidad angular más común el valgo.

Consideraremos cirugía correctiva en un paciente con genu recurvatum teniendo en cuenta la inestabilidad articular, la clínica, la deformidad asimétrica superior a $15-20^\circ$ y las pruebas radiográficas, incluyendo un análisis de la pendiente tibial y la traslación de la tibia sobre el fémur. La clave de esta cirugía es corregir las deformidades óseas y valorar la necesidad de reconstrucción capsuloligamentosa.

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico temprano de las lesiones de LCA en pacientes jóvenes es importante pero asocia complicaciones particulares como la alteración del crecimiento, que debemos de tener en cuenta.



Imagen 1. Inspección rodilla con recurvatum pronunciado.



Imagen 2 y 3. Teleradiografías: Valgo de $10,4^\circ$, Báscula pélvica - 2 cm >I, Risser III sin escoliosis.
Imagen 4. Slope tibial $-18,29^\circ$.

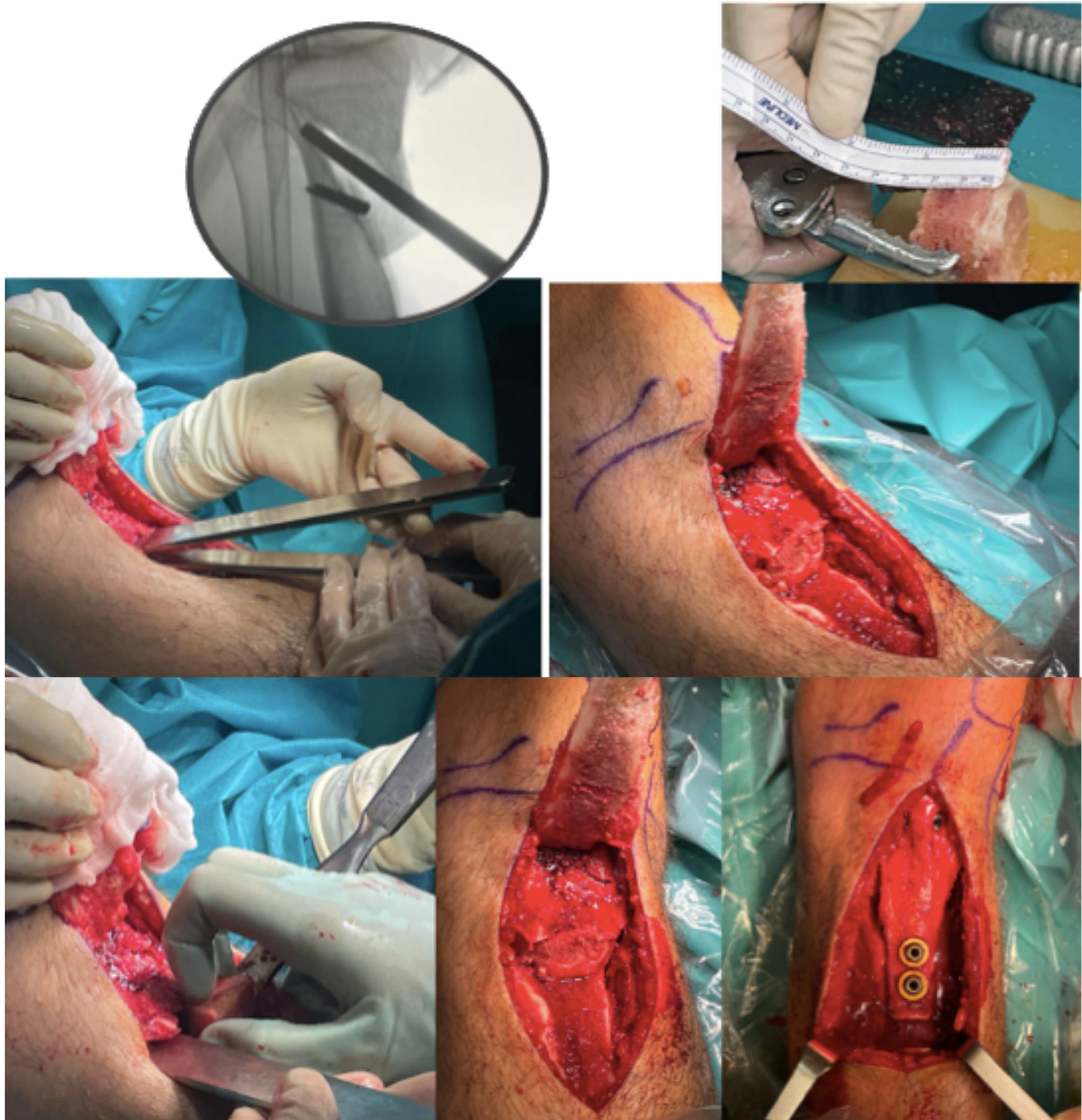


Imagen 5. Conjunto de imágenes del proceso quirúrgico descrito en el caso clínico.



Imagen 6. Recurvatum corregido, discrepancia de longitud 2 cm corregido con alza y rodilla estable.