

Lesión multiligamentaria crónica de rodilla; tratamiento en un tiempo en paciente con inestabilidad multidireccional

Fernando González Gómez, Juan Sebastián Ruiz Pérez, Alberto Losa Sánchez

Unidad de Rodilla.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Universitario La Paz. Madrid, España.

1. Objetivos

A través de un caso, describir las técnicas más favorables y las peculiaridades del manejo del paciente en el contexto de lesión multiligamentaria crónica.

2. Material y metodología

Varón de 47 años que sufrió luxación de rodilla derecha tras traumatismo de alta energía tres meses antes, autorreducida, y que valoramos de forma diferida. A la exploración presenta inestabilidad franca anteroposterior, mediolateral en varo y valgo y rotacional, siendo diagnosticado de lesión multiligamentaria.

En la RMN muestra lesiones del LCA, del corner posterolateral (LCL, ligamento popliteofibular y cápsula posterolateral) y del LCM, pero con integridad el LCP, por lo que la lesión no es clasificable según Schenk (1). (Figura 1)

3. Resultados

Se realiza reparación del LCM mediante técnica de Lind, (Figura 2) por la alta incidencia de lesiones del LOP asociadas, reconstrucción del corner posterolateral con la técnica de LaPrade (Figura 3) empleando aloinjerto de Aquiles, y ligamentoplastia de LCA con autoinjerto de isquiotibiales.

Tres meses postcirugía, tras retirada de ortesis articulada, el paciente presenta un excelente resultado clínico con una adecuada estabilidad anteroposterior -Lachmann negativo-, mediolateral a 0-30° y rotacional -Pivot Shift negativo-.

4. Conclusiones

En las lesiones multiligamentarias de rodilla la reconstrucción es superior a la reparación, especialmente si está afectado el complejo lateral, y es preferible que se realice en un solo tiempo para evitar el fenómeno de second hit (2).

Para la reconstrucción del LCM el complejo posteromedial, la técnica de Lind tiene la ventaja respecto al LaPrade de que necesita **un solo punto de fijación** en lugar de cuatro (3), y respecto a técnica no anatómica de Kim, de que la fijación es más estable (3).

En cuanto a la reconstrucción del corner posterolateral, si hay inestabilidad rotacional y al varo, está justificada la **reconstrucción del LCL y del popliteofibular**: se puede realizar una reparación anatómica mediante las técnicas de LaPrade o de Larson modificada, sin túnel tibial, mostrando ambos métodos los mismos resultados funcionales y clínicos en casos como el nuestro con el LCP íntegro (4). Estas técnicas requieren **aloinjerto (que se dividirá), con una longitud mínima de 22cm, y un pastilla ósea en un extremo, siendo el Aquiles idóneo** (5).

5. Bibliografía

1. Schenck RC Jr. The dislocated knee. Instr Course Lect. 1994;43:127-36.
2. Levy BA, Dajani KA, Morgan JA, Shah JP, Dahm DL, Stuart MJ. Repair versus reconstruction of the fibular collateral ligament and posterolateral corner in the multiligament-injured knee. Am J Sports Med. 2010 Apr;38(4):804-9.
3. Allende PD. Técnica de Lind modificada para reconstrucción de esquina posteromedial: Procedimiento con ventajas económicas y resultados reproducibles. 56º Congreso Chileno de Ortopedia y Traumatología. 2020.
4. Sharma A, Saha P, Bandyopadhyay U. Reconstruction of the Posterolateral Corner of the Knee Using LaPrade and Modified Larson Technique: A Prospective Study. Indian J Orthop. 2021 Jun 29;56(1):125-132.
5. Serra Cruz R, Mitchell JJ, Dean CS, Chahla J, Moatshe G, LaPrade RF. Anatomic Posterolateral Corner Reconstruction. Arthrosc Tech. 2016 Jun 6;5(3):e563-72.

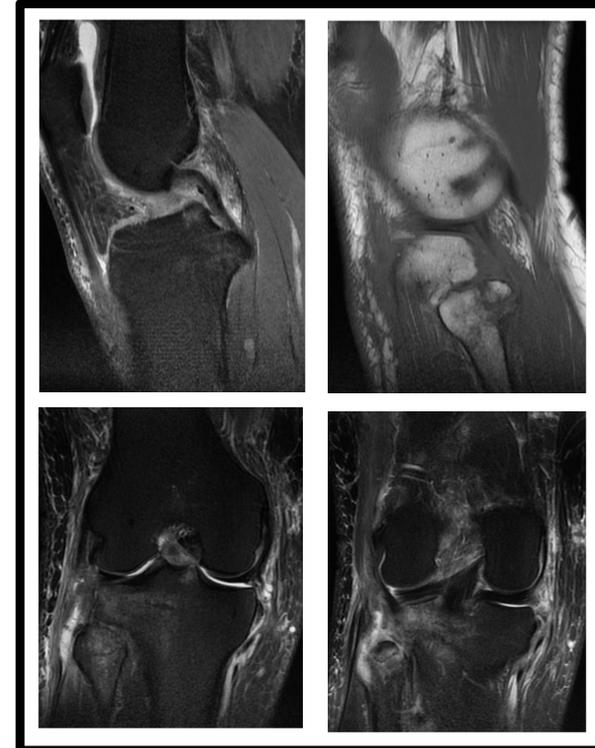


Figura 1. De arriba abajo y de izquierda a derecha; LCP íntegro, avulsión margen posterolateral cabeza fibular, lesión LCL y LCM, lesión LPF.

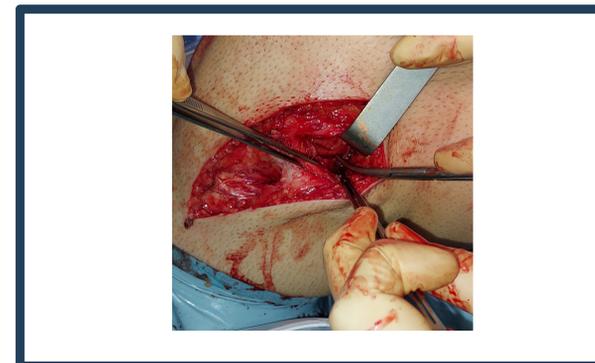


Figura 2. Lind: identificación de punto de fijación del monotúnel femoral (10mm posterior y 2mm proximal al epicóndilo).



Figura 3: LaPrade: identificación de LCL (izquierda) y tendón poplíteo (derecha) previo a brocado de túneles femorales.