

Inestabilidad de prótesis de rodilla debida a lesión subaguda del ligamento colateral medial.

*Alberto Núñez Medina
Tamara Rodríguez López
Javier Bustillo Badajoz*

INTRODUCCION

La lesión del ligamiento colateral medial durante la implantación de una prótesis total de rodilla es una complicación rara pero que puede tener consecuencias importantes, ya que su deficiencia puede condicionar un mayor desgaste y fallo del implante dada la inestabilidad que condiciona.

OBJETIVOS

Presentamos un caso de estabilización de PTR mediante reconstrucción del LCM, evitando un aumento de la constricción.

MATERIAL Y MÉTODOLOGÍA

Paciente de 62 años, con FCR e IMC: 38, es intervenida mediante PTR presentando sensación de fallo a los 3 meses. En la exploración se aprecia inestabilidad articular anterior e interna.

En los estudios analíticos y con TC no se aprecian signos de aflojamiento.

A través de la artrotomía para-rotuliana medial se realiza la extracción de polietileno y de la bandeja tibial. Se comprueba la falta de competencia del ligamento colateral medial, sin continuidad definida. Se implanta bandeja tibial con vástago de 100 mm con dos suplementos y polietileno constreñido de 16 mm. Se reconstruye el ligamento mediante injerto autólogo de semitendinosos, fijándose con 2 arpones a nivel del epicóndilo femoral y en la inserción tibial.

RESULTADOS

La paciente, tras emplear una ortesis de rodilla durante 6 semanas, alcanza un balance articular de 0-105º con estabilidad completa. La paciente camina sin muleta a los 3 meses, y sin sensación de inestabilidad. Refiere únicamente molestias a nivel de la pata de ganso.

CONCLUSIONES

La lesión del LCM supone un riesgo de fracaso de la prótesis por inestabilidad, aumentando el desgaste de la misma. La mayor parte de las lesiones ocurren durante la liberación del LCM, la retirada de osteofitos o por lesión de la sierra durante el corte femoral.

El tratamiento de las lesiones del ligamento colateral medial en la PTR es controvertido. En nuestro caso, dada la edad de la paciente y la actividad de la paciente, optamos por una revisión de la bandeja tibial aumentando su constricción mediante un tetón de mayor tamaño, preservando el componente femoral y la estabilización con la reconstrucción del LCM con injerto autólogo.

