

Osteotomía flexora como tratamiento de lesión crónica sintomática del LCP

A. Coelho, L. Sanchez-Porro, V. Andriola, JF Sanchez, R. Torres, P. Hinarejos

Parc de Salut Mar, Barcelona

Introducción y objetivos

- La lesión crónica del Ligamento Cruzado Posterior (LCP) puede originar una biomecánica alterada de la rodilla con **artropatía progresiva** de los compartimientos **femoropatelar (FP)** y **femorotibial interno (FTI)**.
- Corregir la pendiente tibial puede producir una **traslación anterior dinámica de la tibia** para corregir esta disfunción.
- El **objetivo** es presentar un caso clínico en que se opta por la **osteotomía correctora de tibia en el plano sagital**, con aumento de pendiente (flexora) como tratamiento de una lesión crónica sintomática.LCP.

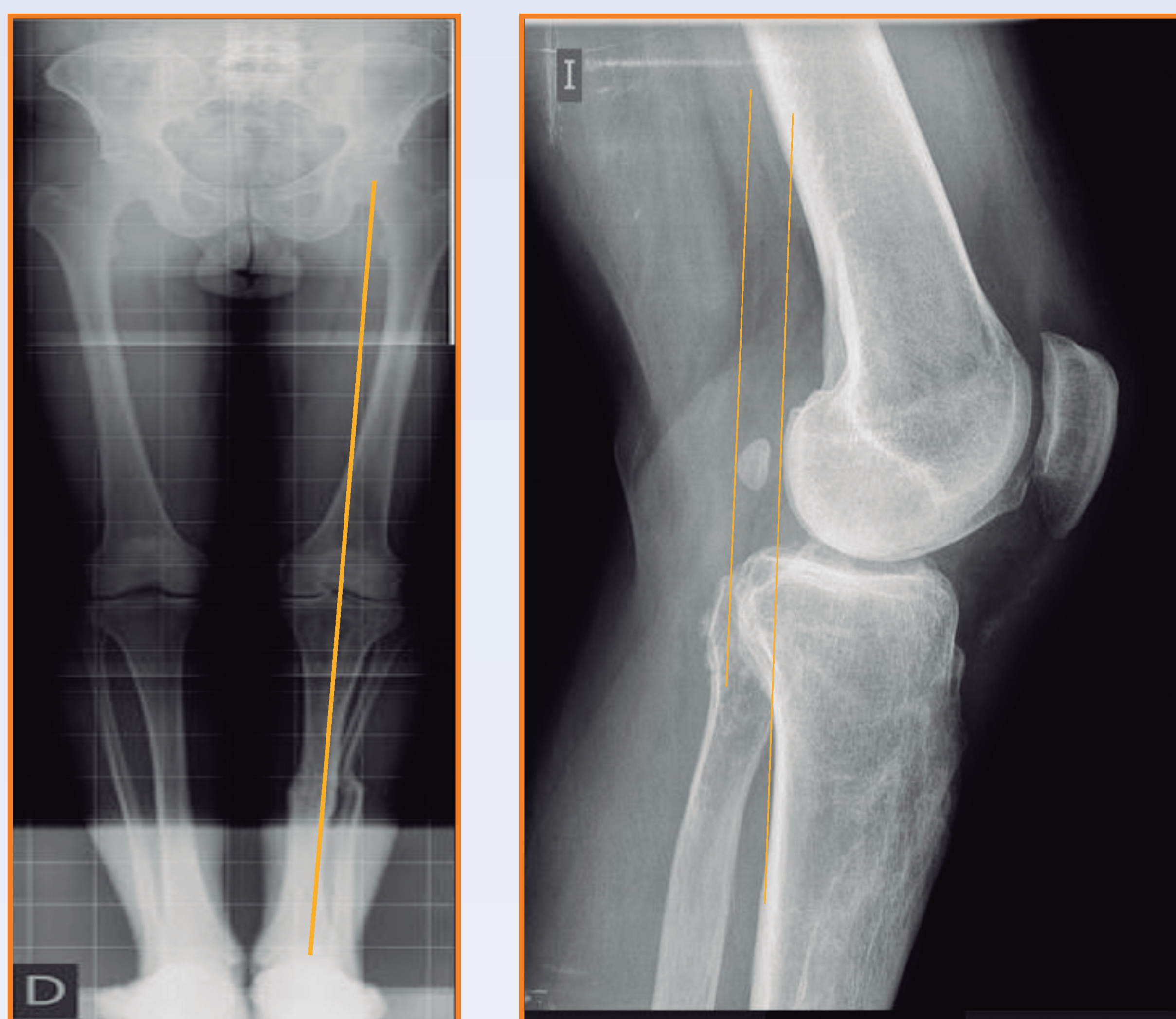


Fig 1: A. Normoeje. B. Pendiente tibial neutra, con traslación posterior de tibia.

Material y métodos

Varón de 48 años, con **gonalgia izquierda** progresiva y **perímetro de marcha limitado** a 15 minutos.

Antecedente de **fractura diafisaria de tibia** tratada con **clavo endomedular** hace 19 años, con posterior retirada.

En la **exploración física** destaca un **BA 0/120°**, sin choque rotuliano, con dolor a palpación de **interlínea medial** y **femoropatelar**. **Recurvatum en flexión**, **Lachman posterior positivo** y **cajón posterior positivo**. Estable en **varo-valgo**. Pruebas meniscales negativas.

Se solicitan radiografías AP y lateral de ambas rodillas y telemétricas en carga (**ver figuras 1 y 2**). La resonancia magnética demuestra la ausencia de LCP y una **condropatía leve** de FTI y FP.



Fig 2: Radiografías en estrés donde se observa traslación posterior tibial.

Resultados

Se decidió realizar una **osteotomía flexora** de tibia aislada, **aumentando de pendiente**, sin reconstrucción de LCP.

Se practicó **osteotomía con cuña anterior** simétrica mediolateral de **10mm** con **autoinjerto cresta ilíaca**, fijada con dos grapas metálicas y posterior cierre con 2 tornillos con **ascenso de 10mm** de la **TTA** para evitar patela baja secundaria.

El **resultado al año** ha sido excelente, con una incorporación progresiva a la actividad laboral a los 3 meses de la intervención, **un perímetro de marcha actual ilimitado** (+10km día en montaña) y un EVA máximo de 2 sin requerimiento de analgésicos. Refiere una satisfacción muy alta.

Bibliografía

- Paley D, Herzenberg JE, Tetsworth K, McKie J, Bhav A. Deformity planning for frontal and sagittal plane corrective osteotomies. Orthop Clin North Am 1994;25:425-465.
- Lobenhoffer P. Chronic instability after posterior cruciate ligament injury. Tactics, techniques, and results. Unfallchirurg, 1999. 102:824-838.

Conclusiones

- La osteotomía flexora de tibia, aumentando la pendiente en el plano sagital, produce un **efecto biomecánico de traslación dinámica anterior** que resulta compensadora sobre la disfunción del LCP.
- En casos **seleccionados**, valorando otras variables como el **varo-valgo** y/o lesiones asociadas, puede ser un tratamiento válido, con **muy buen resultado clínico**.

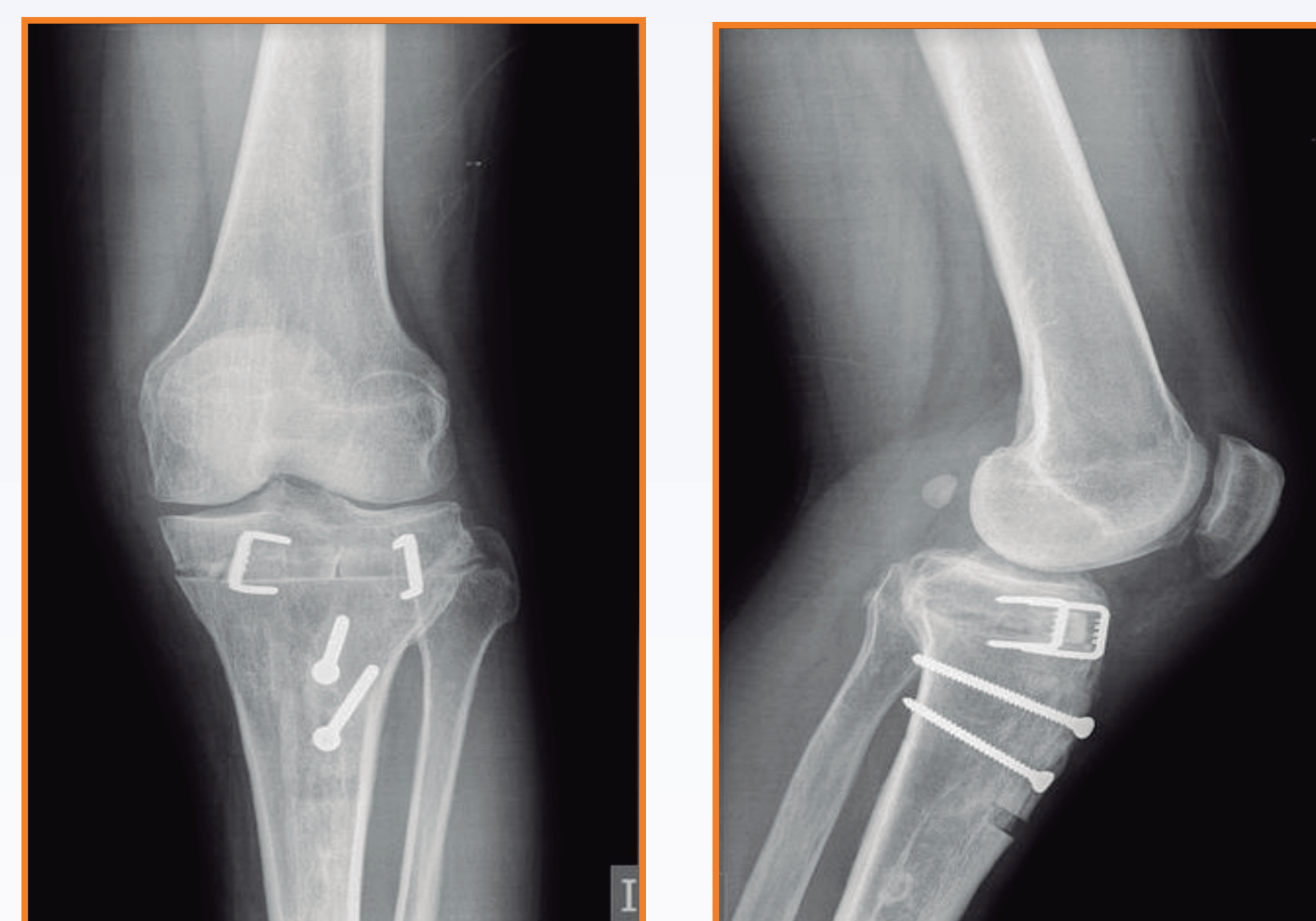


Fig 3: Radiografías de control a los 6 meses postoperatorio