

INESTABILIDAD POSTEROEXTERNA TRAS FRACTURA-AVULSIÓN DE LA ESPINA TIBIAL ANTERIOR

Isabel Medrano Morte¹, Elena María García García¹, África Dakota Lluna Llorens¹, Bárbara Sánchez Sabater¹, Alba Herrero Brocal¹, Francisco Javier Carrillo Juliá¹.

1. Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia, Murcia, España.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones del complejo posteroexterno (CPE) comprenden una porción significativa de las lesiones ligamentarias de la rodilla. Frecuentemente están asociadas con roturas de LCA o LCP, y sólo el 28% se producen de forma aislada. Para identificar las lesiones del CPE, es necesario un alto índice de sospecha y realizar una exploración física detallada.

OBJETIVOS

Presentamos esta técnica quirúrgica mediante la ilustración con un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 16 años que sufre accidente de motocicleta con traumatismo en rodilla derecha. Diagnosticado de fractura marginal no desplazada de meseta tibial interna y fractura-avulsión de espina tibial anterior. A la exploración, no inestabilidad varo-valgo ni posterior. Es intervenido realizándose sutura en pullout del LCA y osteosíntesis del fragmento de espina tibial anterior con un tornillo Herbert. Se inmoviliza con férula inguinopédica durante 2 semanas y comienza con rehabilitación. Al año, persiste déficit de extensión 10° y flexión 120°. Cajón posteroexterno +. Se solicita resonancia que informa de cambios postquirúrgicos, derrame articular leve e indemnidad de ligamento posterior y colaterales.

Se decide intervención quirúrgica para artrolisis y reconstrucción del complejo posteroexterno. Mediante artroscopia de rodilla realizamos artrolisis del fondo de saco subcuadrícipital y escotadura intercondílea, objetivándose LCP y LCA con buena tensión y tendón poplíteo destensado. Se obtiene autoinjerto de semitendinoso y recto interno homolaterales y mediante un abordaje posteroexterno de Henderson se realiza reconstrucción de LLE, poplíteo y peroneopoplíteo.

Ha utilizado una ortesis de control de flexoextensión para la deambulación los tres primeros meses. En la actualidad, el paciente presenta un balance de 0-120°. Persiste cajón posteroexterno residual con buena estabilidad varo-valgo. Permanece sin dolor y satisfecho con el resultado.



Figura 1: Imágenes radiográficas y de TAC.



Figura 2: Radiografía postoperatoria.

RESULTADOS

La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

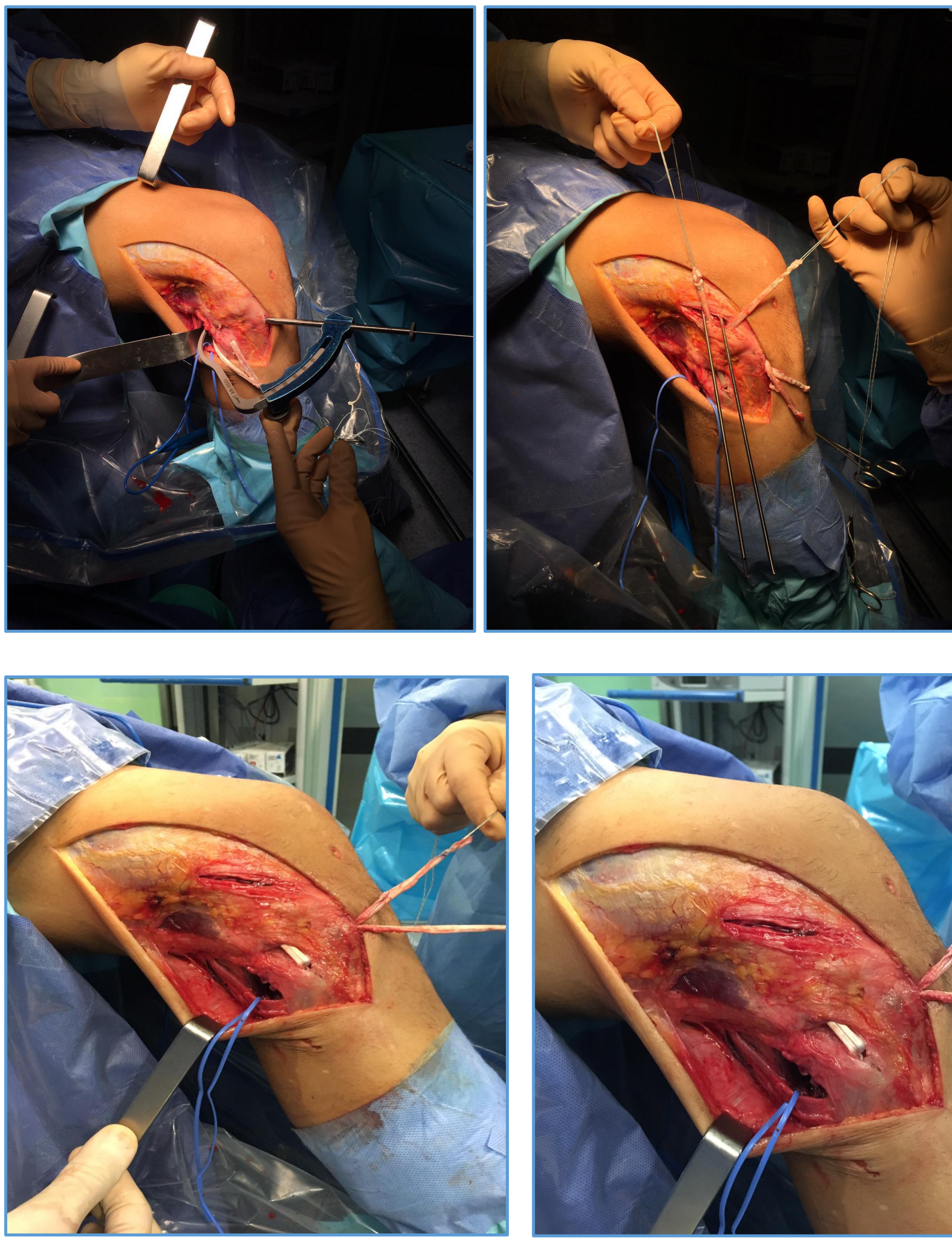


Figura 3: Reconstrucción posteroexterna.

CONCLUSIONES

Las lesiones del CPE no son tan raras como se pensaba. Para identificar estas lesiones es necesario sospecharlas, ya que el diagnóstico es fundamentalmente clínico y pueden pasar desapercibidas. La reconstrucción del CPE debe reproducir las estructuras esenciales para mantener la estabilidad: LLE, tendón del poplíteo y el peroneopoplíteo, ya que si esta lesión no es abordada correctamente, puede dar lugar a resultados insatisfactorios para el paciente.