

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LESIÓN MULTILIGAMENTARIA TRAS LUXACIÓN DE RODILLA

Isabel Medrano Morte¹, Elena María García García¹, África Dakota Lluna Llorens¹, Bárbara Sánchez Sabater¹, Alba Palazón Moreno¹, Sara Sánchez López¹.

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

INTRODUCCIÓN

La luxación de rodilla es una lesión grave asociada a menudo a fracturas y lesiones vasculonerviosas. Presenta mal pronóstico por las frecuentes complicaciones y secuelas que produce. El manejo de la lesión multiligamentaria es complejo y comienza con la identificación adecuada de la lesión. Un examen físico y radiográfico detallado con una comprensión completa de la anatomía es crucial para evaluar todas las estructuras dañadas.

OBJETIVOS

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

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 24 años que acude tras luxación de rodilla reducida espontáneamente. Refiere caída con el miembro en hiperextensión. Exploración: Derrame, bostezo al varo forzado, Lachman +, cajón posterior +, posteroexterno + y recurvatum +. Se descartan lesiones neurovasculares. Se ingresa con diagnóstico de luxación posteroexterna con inestabilidad anteroposterolateral asociada. No se observan fracturas y la resonancia confirma el diagnóstico: Rotura LCP, LCA, LLE, PAPE y del margen libre del menisco externo. De acuerdo a la clasificación de Schenck, la clasificamos como KDIIL. Se realiza intervención quirúrgica: En el tiempo artroscópico se confirma: Rotura del LCA y LCP, cuerpo y cuerno anterior

del menisco externo, tendón poplíteo destensado y lesión capsular severa del PAPE. Se realiza meniscectomía parcial externa, reconstrucción de LCP con aloinjerto liofilizado de tendón aquileo para H-T y doble fascículo para LCA. Mediante abordaje posteroexterno, se realiza ligamentoplastia de LLE con hemitendón de bíceps sural homolateral y capsulorrafia posteroexterna con retensado del poplíteo.

RESULTADOS

El paciente permaneció con ortesis de rodilla articulada fija en extensión durante 3 semanas realizando ejercicios de potenciación del cuádriceps. Posteriormente comenzó con movimientos pasivos y se demoró la carga total hasta las 10 semanas. Al finalizar el tratamiento rehabilitador, el paciente presentaba un balance articular de 0-90°.

Clasificación de Schenck		
KD I	Un Cruzado + un Colateral (Un cruzado sano) (2 ligamentos)	LCA + colateral LCP + colateral
KD II	Ambos Cruzados (Colaterales sanos) (2 ligamentos)	LCA + LCP
KD III M	Ambos Cruzados + LCM (CPL sano) (3 ligamentos)	LCA + LCP + LCM
KD III L	Ambos Cruzados + CPL (LCM sano) (3 ligamentos)	LCA + LCP + CPL + LCL
KD IV	Lesión de todas las estructuras ligamentarias (4 ligamentos)	LCA + LCP + CPL + LCL + LCM
KD V	Luxo - fractura	

Tabla 1: Clasificación de Schenck.



Figura 1: Imagen artroscópica de la reconstrucción de ambos cruzados.

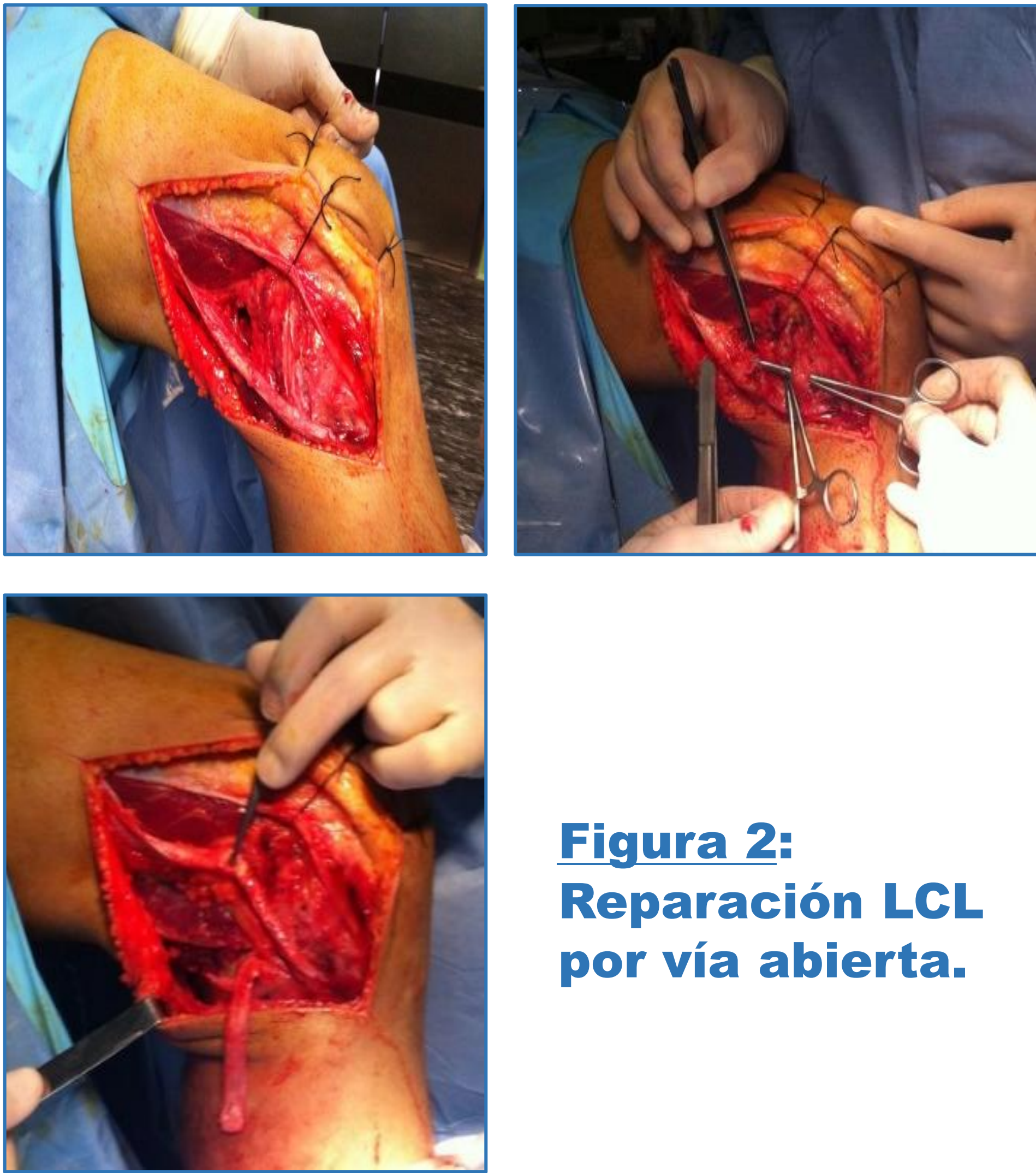


Figura 2: Reparación LCL por vía abierta.

CONCLUSIONES

El momento óptimo para reparar las lesiones multiligamentarias es antes de las 3 semanas. Existe consenso absoluto en que:

- Hay que abordar las lesiones meniscales previas a la reconstrucción ligamentosa.
- La reconstrucción de ambos ligamentos cruzados es obligatoria.
- El tensado de los cruzados precede al de los ligamentos colaterales y finalmente el PAPE.