

# RECONSTRUCCIÓN DE LA ESQUINA POSTEROINTERNA DE LA RODILLA TRAS LUXACIÓN TRAUMÁTICA.

## AUTORES

Alejandro Zapata Vizueté  
Antonio Jose Cuevas Perez  
Francisco Javier Márquez Ruiz

## ANAMNESIS

Paciente varón de 59 años que tras sufrir atropello por un vehículo acude al servicio de urgencias del Hospital. Refiere haber sufrido un impacto lateral con traumatismo directo sobre la rodilla derecha. Acude con dolor y deformidad de la misma.

## EXAMEN FÍSICO

El paciente presentaba dolor, deformidad e impotencia funcional en la rodilla derecha. Estado neurovascular conservado. No existían heridas ni excoriaciones.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Rx (figura 1): Luxación de rodilla.

## DIAGNÓSTICO

- Luxación de rodilla

## TRATAMIENTO

Se procede de urgencia a la reducción de la luxación. Se reexploró estado neurovascular y se inmovilizó con una férula posterior.

Posteriormente se realizó RNM (figura 2) y se exploró bajo anestesia.

Observamos en quirófano un cajón anterior y posterior positivo, apertura en valgo forzado a 0º y 30º, observándose además una inestabilidad anteromedial rotatoria.

La RNM informó de rotura del cuerno posterior meniscointerno, ligamentos cruzados y esquina posteriointerna.

Se realizó cirugía definitiva programada. El tratamiento quirúrgico constó de varias fases en el mismo acto quirúrgico. En primer lugar, se realizó una artroscopia diagnóstica en la que apreciamos el característico “signo del paso fácil” en el compartimento interno, asociado a degeneración condral y lesión meniscal degenerativa. Posteriormente se realizó la

reconstrucción del LCA con aloinjerto de cadáver hueso-tendón-hueso. Por último se realizó la reconstrucción de la esquina postero-interna con aloinjerto de Aquiles según la técnica del Dr. Rob LaPrade (figura 3).

## EVOLUCIÓN

Tras el alta hospitalaria, mantuvo estabilizador en extensión y en descarga durante 4-6 semanas. A partir de la 6ª semana se autorizó flexo-extensión y carga progresiva. Tras doce meses se encuentra asintomático, no refiere sensación de inestabilidad en la rodilla y realiza una vida normal.

## DISCUSIÓN

Las lesiones de la esquina posterointerna en el contexto de una lesión multiligamentosa de rodilla tiene indicación de tratamiento quirúrgico. Clínicamente es característico la presencia de inestabilidad anteromedial rotatoria (1).

Ante un paciente de mediana edad y sin artrosis manifiesta en radiografía optamos por la cirugía de reconstrucción.

En la reparación primaria es importante identificar, explorar y reparar con diferentes métodos de anclaje desde las capas más profundas a las superficiales, en ocasiones es posible utilizar refuerzos tanto biológicos como sintéticos. Tiene buenos resultados, pero es importante la cronicidad, el alcance de la lesión y la selección cuidadosa del paciente (2).

En nuestro caso las estructuras estaban tan dañadas, que no era posible una reparación primaria. Se optó por una reconstrucción. Existen varias técnicas descritas. Optamos por el gold estándar, que es la reconstrucción anatómica de la esquina posterointerna mediante aloinjerto. Preferimos el aloinjerto frente al autoinjerto, para no crear más morbilidad en la rodilla de nuestro paciente. Se realizó la reconstrucción del ligamento colateral medial y del oblicuo posterior de forma independiente, utilizando dos injertos y cuatro túneles óseos. El método de fijación utilizado fueron tornillos interferenciales. Es importante fijar el oblicuo posterior en extensión completa y el ligamento colateral medial a 20º, rotación neutra y varo forzado (3).

Hay que tener en cuenta el orden en el que se reparan las estructuras en casos de lesiones multiligamentosas. En primer lugar deben tensarse los ligamentos cruzados para

restablecer la articulación tibiofemoral (4). En nuestro paciente debido al escaso recurvatum, decidimos de reconstruir únicamente el ligamento cruzado anterior mediante una plastia hueso-tendón-hueso de cadáver.

## IMÁGENES



Figura 1

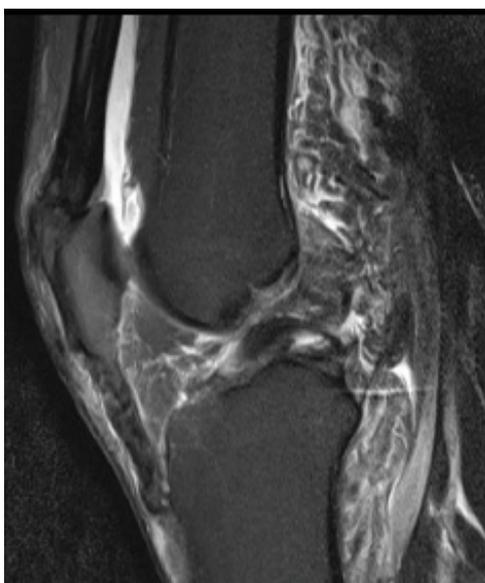


Figura 2



Figura 3

## BIBLIOGRAFÍA

1. LaPrade MD, Kennedy MI, Wijdicks CA, LaPrade RF. Anatomy and biomechanics of the medial side of the knee and their surgical implications. *Sports Med Arthrosc.* 2015 Jun;23(2):63-70.
2. Laprade RF, Wijdicks CA. The management of injuries to the medial side of the knee. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2012 Mar;42(3):221-33.
3. LaPrade RF<sup>1</sup>, Engebretsen L, Marx RG. Repair and Reconstruction of Medial- and Lateral-sided Knee Injuries. *Instr Course Lect.* 2015;64:531-42.
4. Ferrari MB, Chahla J, Mitchell JJ, et al. Multiligament Reconstruction of the Knee in the Setting of Knee Dislocation With a Medial-Sided Injury. *Arthrosc Tech.* 2017;6(2):e341–e350. Published 2017 Mar 20.