


Reconstrucción en doble haz del Ligamento Colateral Medial con tendón de semitendinoso en Artroplastia Total de Rodilla

Tkachuk,O.| Lemos, J.| Magalhães, M. | Pinho,J. | Ramos, A.
Servicio de Traumatología y Ortopedia del Unidade Local da Saúde do Baixo Alentejo, Beja, Portugal

Introducción:


La integridad del ligamento colateral medial (LCM) es esencial para la estabilidad y funcionalidad adecuada de la rodilla tras una artroplastia total (ATR). Aunque la incidencia de lesiones del LCM es baja, con una frecuencia reportada del 0.77% al 2.7%, su pérdida puede provocar inestabilidad, dolor y comprometer la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas, como subir escaleras. La insuficiencia del LCM es una de las principales causas de fracaso precoz en las ATR no constreñidas, afectando tanto la longevidad de la prótesis como su desempeño funcional.

Presentación del caso:




Paciente de 65 años
Sexo masculino

Acude a consulta después de una artroplastia total de rodilla derecha con dolor medial y dificultad para caminar.



EF: leve derrame articular, inestabilidad en valgo y buena movilidad articular (0-130°).



Todos los parámetros inflamatorios fueron negativos.


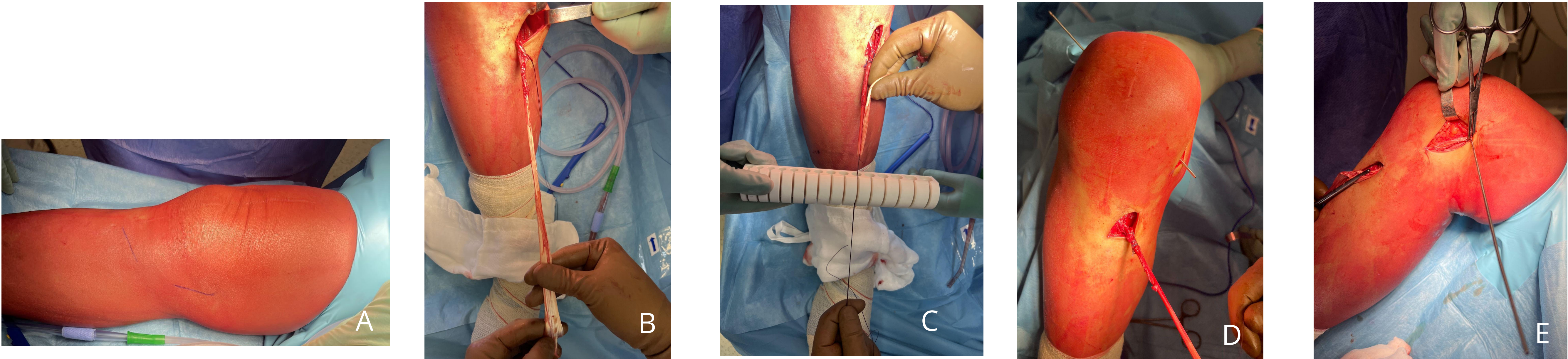


Figura 1 - Prueba de estrés en valgo de la rodilla derecha.

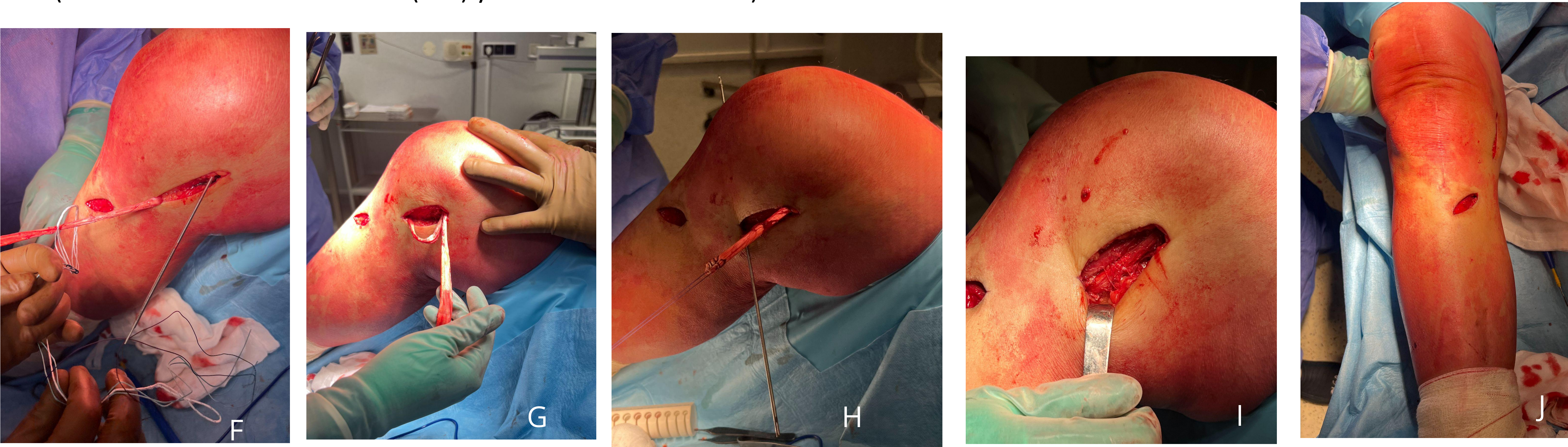
Inestabilidad en valgo en la artroplastia total de rodilla debido a la rotura crónica del ligamento colateral medial (LCM)

El paciente fue sometido a reconstrucción en doble haz del LCM utilizando el tendón del músculo semitendinoso

Técnica quirúrgica:



A- Realización de 3 incisiones de 2 cm (Cóndilo femoral medial, *pes anserinus* y cóndilo femoral lateral). B- Extracción del tendón del músculo semitendinoso sin desinserción tibial distal. C- Medición del diámetro del tendón en doble haz. D-E- Creación de un túnel en el fémur en un punto isométrico (tendón tensionado en flexión (30º) y extensión de la rodilla).



F - Colocación de un botón autoajutable de suspensión cortical en el autoinjerto. G - Pasaje del botón por el túnel femoral, formando así el haz anterior del LCM. H - Realización del túnel tibial (en el "*footprint*" del LCM) y fijación de la extremidad proximal del autoinjerto con un tornillo de ácido poliláctico (PLA) en la tibia. I -Ajuste de la tensión de los haces del tendón con el botón ajustable de suspensión cortical en flexión y extensión de la rodilla. J - Prueba intraoperatoria de estrés en valgo de la rodilla derecha.

Resultados:

Se permitió movilidad sin restricciones tras la cirugía, iniciando la carga a las 6 semanas con una rodillera articulada, retirada a los 3 meses. A los 6 meses, el paciente no tenía dolor, mantenía un rango de movilidad de 0-130° y estabilidad en la rodilla, y había retomado sus actividades diarias.

Conclusiones:

La reconstrucción del LCM con tendón del músculo semitendinoso es una opción de tratamiento eficaz y menos invasiva para las roturas crónicas con inestabilidad en valgo en la artroplastia total de rodilla. El uso de un sistema de suspensión cortical femoral ajustable es importante, ya que facilita el tensado de la plastia ligamentosa y es menos dependiente de la calidad ósea femoral para su integración.

Referencias:

