

Luxación irreducible de rodilla asociada a una disrupción completa de las estructuras mediales y a la avulsión del ligamento cruzado posterior en una paciente ortogeriátrica

Bargalló Granero, J; García Albó, E; Castellet Feliu, E; Reverté Vinaixa, M; ; Minguell Monyart, J



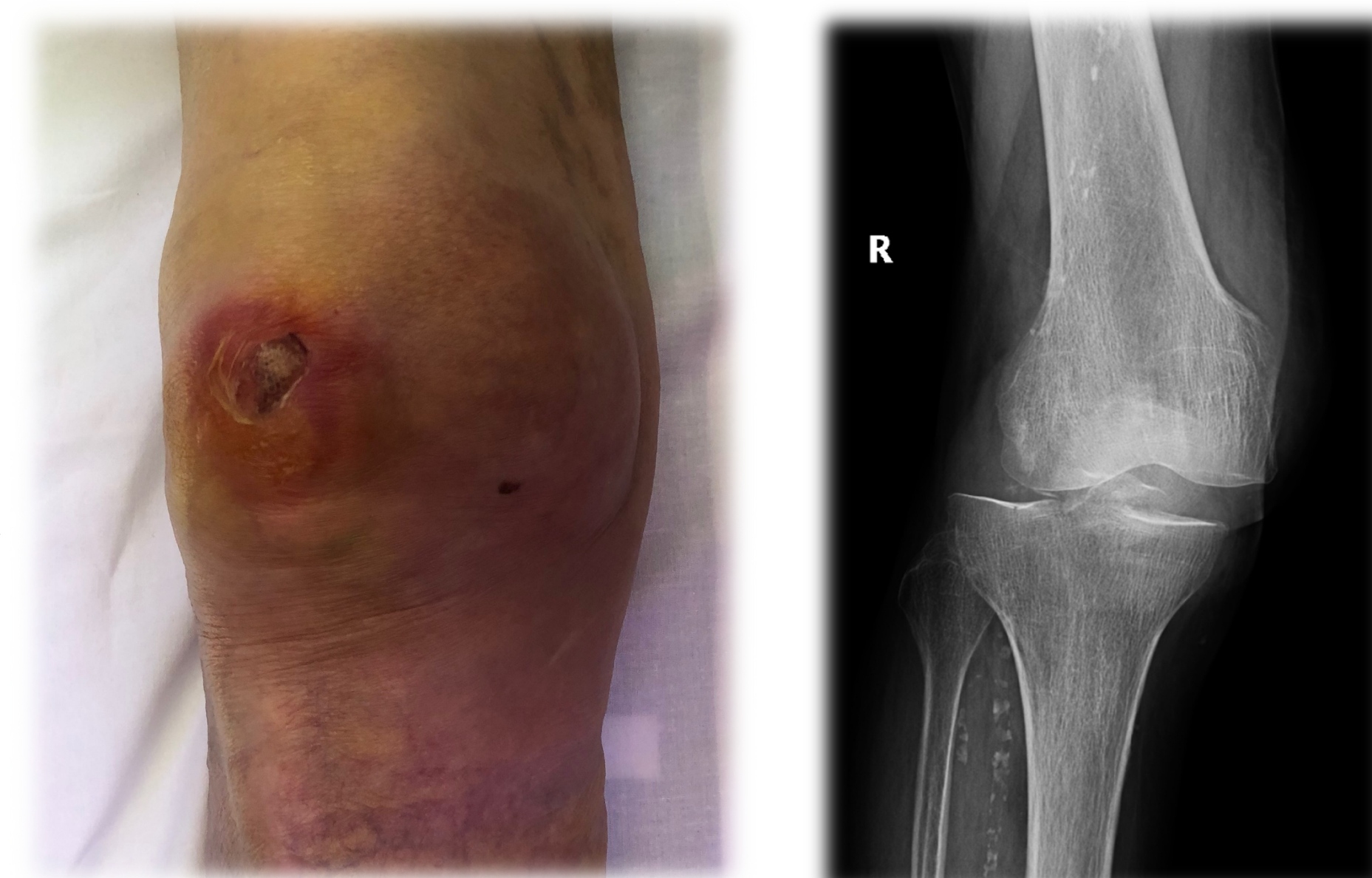
INTRODUCCIÓN



La luxación de rodilla (LDR) es una lesión **grave** y poco frecuente que deriva en lesiones multiligamentarias (LM) y se **asocia a lesiones vasculonerviosas hasta en un 64%**. La **exploración física es esencial** ya que como en este caso, podemos encontrar algún signo indirecto que nos indique que nos encontramos ante una LDR irreducible y que precise de una reducción abierta.

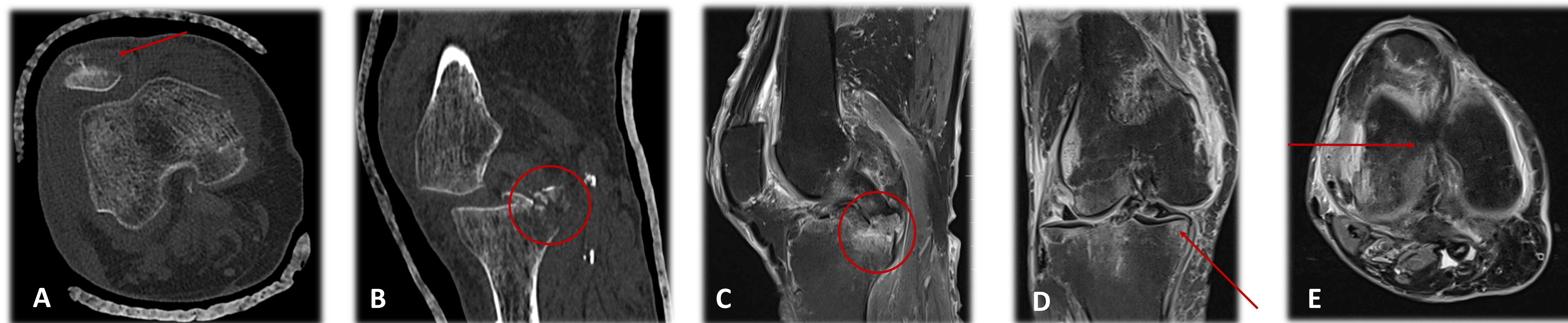
MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 80 años que después de un traumatismo de baja energía acude a urgencias por dolor intenso e impotencia funcional de la rodilla derecha. A la EF se observa una desviación en valgo, equimosis medial y una invaginación de la piel en la interlínea medial, sugiriendo la interposición de tejidos blandos a nivel femorotibial ("**pucker sign**") (Fig. 1). La exploración NV no presenta alteraciones. En las radiografías iniciales (Fig. 2) se observa una LDR lateral incompleta asociada a fractura de las espinas tibiales y a una posible avulsión ósea del LCP. Se realiza TC y RMN donde se confirma la LM (LCP y LCM) y el arrancamiento proximal de la cápsula y del retináculo medial que se encuentran interpuestos en la interlínea (Fig. 3).



1. Pucker sign

2. RX AP



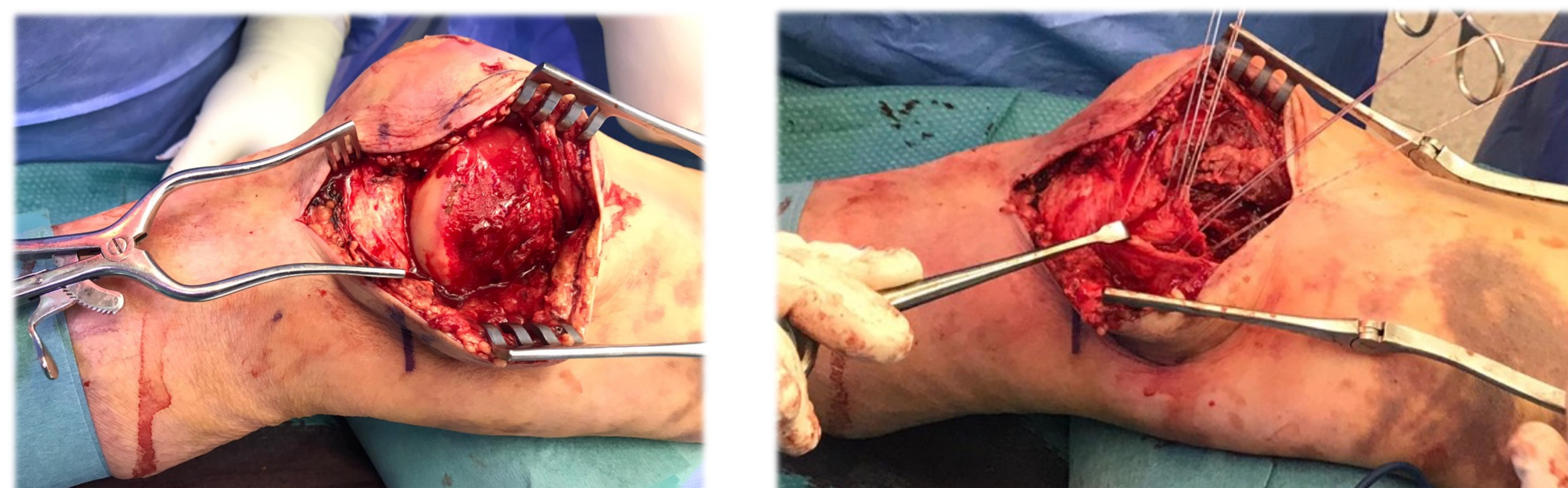
3. Imágenes TC y RMN: A) Lesión retináculo medial; B y C) Avulsión ósea LCP; D Y E) Interposición cápsula medial en interlínea

RESULTADOS

Una vez estudiada la lesión y descartando la posibilidad de poder realizar una reducción de forma cerrada, por la edad de la paciente se decide realizar una única cirugía **lo menos invasiva posible**.

Inicialmente, en decúbito supino, se realiza un abordaje medial para proceder a la reducción abierta de la luxación y a la reparación de la cápsula y del LCM con anclajes óseos y suturas.

A continuación, con la paciente en prono, se procede mediante el abordaje de Lobenhoffer a la fijación de la avulsión tibial del LCP con una grapa (Fig. 4). Finalmente se coloca un FE durante 6 semanas para el cuidado de las partes blandas. Presenta resultados satisfactorios al año en cuanto a balance articular (0-110) y dolor.



4. Reparación de la cápsula. RX donde se observan los anclajes y la fijación del LCP con una grapa

CONCLUSIONES

La luxación **irreducible** de rodilla es una **lesión grave** que requiere siempre de una **reducción abierta** y que debido a la gran heterogeneidad de las lesiones asociadas hay que **individualizar el tratamiento** quirúrgico teniendo en cuenta las demandas funcionales del paciente.