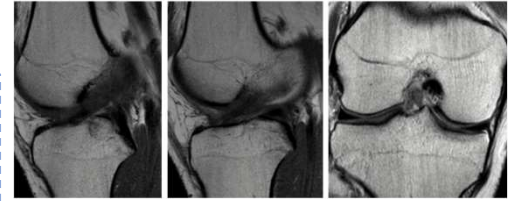


Revisiones múltiples de plastia de LCA en atleta gimnástico, ¿Qué hacemos cuando todo falla?

Iñigo San José Pardo,, Ricardo Briso-Montiano Pinacho,
Carlos Alberto Mora Simón, José David Pérez López, Marta Peñalba Valcabado



Introducción:

El riesgo de fracaso de plastia de LCA varía entre 1,8-16,7% y se define como una rodilla laxa o con función anormal.

La causa más frecuente de revisión son los traumatismos. Los errores técnicos tienen un papel fundamental, destacando la mala posición de los túneles. Además, las lesiones asociadas no tratadas contribuyen al fracaso, destacando las meniscales y las del complejo posterolateral.

Objetivo:

Discutir técnicas de rescate de rotura de plastia de LCA a propósito de un caso.

Material y método:

Varón de 21 años que en 2017 sufre durante salto gimnástico rotura de LCA sin lesiones meniscales, reparado mediante plastia de isquiotibiales con túneles femoral y tibial de 9mm con técnica monotúnel transtibial, fijación femoral sistema extracortical y tibial con interferencial y grapa. No compromiso anterior de plastia.

Tres meses después tras caída desde escalón sufre rotura de plastia y pequeña rotura de cuerno posterior del menisco externo. Se reconstruye con injerto de Aquiles con túneles femoral y tibial de 10mm. Fijación femoral con G-Lok y tibial con interferencial y grapa.

Con 26 años sufre nueva rotura de plastia tras pivotaje de rodilla, planificándose reconstrucción ligamentosa en dos tiempos: se refrescan túneles hasta 10mm y relleno con injerto de cadáver, y seis meses después se realiza ligamentoplastia con injerto HTH de 10mm fijado con tornillo interferencial en fémur y tibia asociando refuerzo anterolateral tipo Lemaire modificado. Simultáneamente se repara rotura en asa de cubo del menisco interno.

Resultados y conclusiones:

Al año consigue balance articular completo con rodilla estable, Lysholm-Tegner 91 e IKDC 84, sin vuelta a la competición gimnástica desde la primera lesión.

Actualmente no existe un injerto de elección para revisión de LCA, siendo importantes el injerto previo, diámetro de túneles y lesiones concomitantes. El injerto HTH es el más usado.

La localización y el diámetro de los túneles previos es el factor más importante para elegir una reconstrucción en uno o dos tiempos. Se recomienda realizar el refuerzo anterolateral en el primer tiempo para aportar estabilidad hasta el segundo tiempo.

La valoración subjetiva mejora tras la intervención, pero la vuelta a la actividad deportiva previa es menor que tras una reconstrucción primaria.

2018 Rotura plastia STRI

Lesión vertical CPME

Caída desde escalón



2020 Reconstrucción

Osgood-Schlatter

Injerto T. Aquiles de cadáver

Túneles 10mm

Fémur G-Lok extracortical

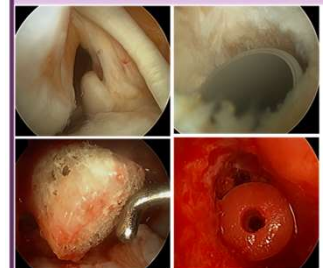
Tibia Interferencial + grapa



2023 (1º tiempo)

Refresco y cruentado de túneles

Cierre con injerto de cadáver y chips óseos



2023 (2º tiempo)

Injerto HTH autólogo ipsilateral de 10mm

Interferencial en fémur y tibia

Lemaire modificado

Reparación asa de cubo MI

