

PLASTIA MEDIAL DE ISQUIOTIBIALES EN ARTROPLASTIA DE RODILLA INESTABLE

*Dr. José Antonio Blas Dobón, Dra. Susanne Eschenbach
Dr. M. Fuertes Lanzuela, Dra. G. Gázquez Gázquez,
Dr C.Montijano Huertes*

Hospital Universitario Dr. Peset Valencia

INTRODUCCION

El equilibrio de partes blandas y estabilidad ligamentosa son requisitos importantes para el éxito de una artroplastia total de rodilla. Sin embargo hay situaciones en las que este equilibrio es imposible y se requiere el uso de prótesis constreñidas o técnicas de reconstrucción ligamentosa.

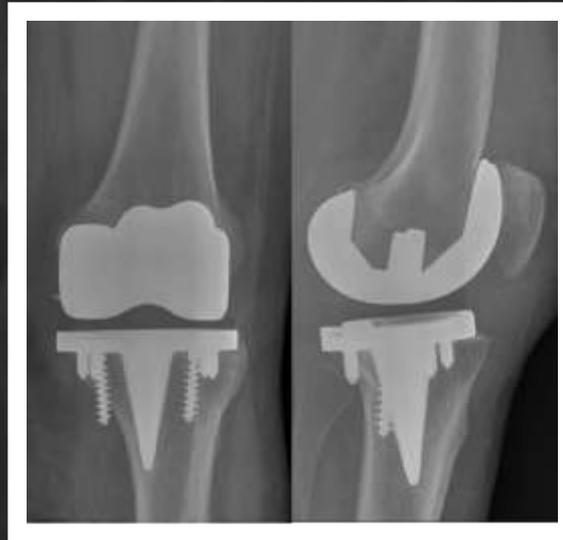
Presentamos un caso de revisión de artroplastia total de rodilla por inestabilidad medial

ANAMNESIS

Paciente de 73 años con genu varo artrósico severo intervenida en octubre 2007 de:

**Artroplastia total rodilla izquierda
Natural Knee II no cementada,
con conservación de ligamento
cruzado posterior**

En sucesivas consultas de seguimiento la paciente refiere sensación de inestabilidad y dolor persistente en interlínea medial de la rodilla intervenida. No refiere traumatismos intercurrentes.



EXPLORACIÓN FÍSICA:

Eje del miembro inferior izquierdo conservado en bipedestación

discreto derrame articular.

Ext/Flex 0 -0 -90

dolor intenso a la palpación de la interlínea medial

inestabilidad fundamentalmente a expensas de ligamento lateral interno.

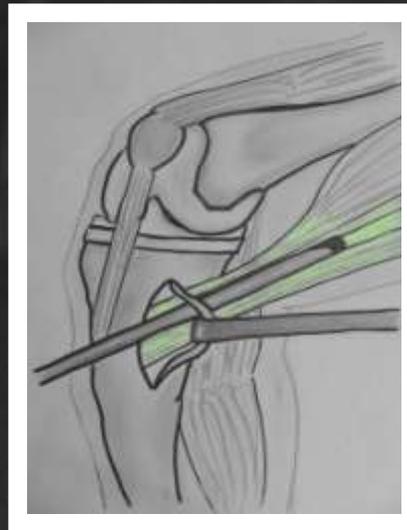
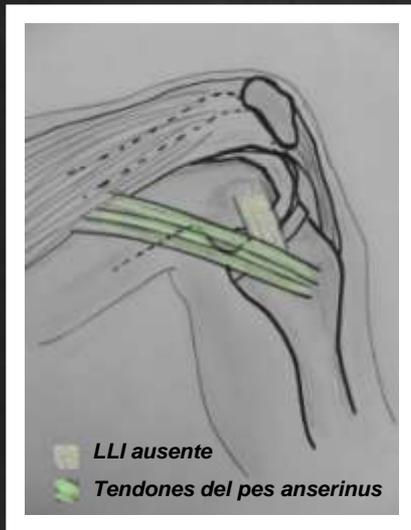
Rx ap+lat

*medialización del platillo tibial,
sin signos de aflojamiento ni
alteraciones en el resto de
componentes*

DIAGNÓSTICO: *Inestabilidad medial de artroplastia total de rodilla primaria*

Dado el progresivo deterioro de la función articular se opta por la **cirugía de revisión en octubre 2009**

En la intervención se aprecia ausencia de ligamento lateral medial, así como importante protusión medial del platillo tibial. El componente femoral se halla bien integrado y apenas quedan restos de ligamento cruzado posterior. Se procede a la sustitución del componente tibial tras un nuevo recorte y correcto centrado del mismo, colocación de inserto de polietileno ultracongruente de 16 mm (previo de 11 mm congruente)



*Estabilización medial mediante **Plastia Doble de Semitendinoso Autólogo** que se fija con grapas impactadas en inserción femoral y tibial del ligamento lateral medial. En la extracción de la plastia se respeta la inserción distal del semitendinoso*

RESULTADOS

Imagen intraoperatorio que demuestra la artroplastia total de rodilla y la plastia doble del semitendinoso autólogo como sustitución del Ligamento lateral interno



*Rx ap+lat post-revisión:
correcto centrado del platillo tibial y grapas de anclaje para la plastia*



Tras una inmovilización inicial de tres semanas la paciente sigue un programa de rehabilitación ambulatorio.

A los 6 meses consigue extensión activa completa y flexión activa de 100°.

Ha desaparecido la inestabilidad a la exploración física y la paciente deambula sin bastones con ausencia de dolor, lo que le ha permitido recuperar un balance de independencia compatible con sus actividades cotidianas.

DISCUSIÓN

Un correcto equilibrio de partes blandas y una estabilidad ligamentosa suficiente son requisitos importantes para el éxito de la artroplastia total de rodilla. Sin embargo hay situaciones en las que con frecuencia nos encontramos ante una inestabilidad de difícil solución por la lesión de los ligamentos colaterales, fundamentalmente en artroplastias de revisión y en deformidades postraumáticas (1).

La inestabilidad mantenida lleva consigo cuadros de dolor, fallos articulares, e incluso aflojamiento aséptico de los componentes. Para resolver estos problemas podemos utilizar prótesis constreñidas o técnicas de reconstrucción ligamentosa (2).

La utilización de prótesis constreñidas exige mayores resecciones óseas con el consiguiente menoscabo del stock óseo y somete a mayor estrés la interfase cemento-hueso y cemento implante, estas desventajas hacen que muchos cirujanos sean reticentes a su indicación practicando alternativas reconstructivas más conservadoras (3).

Se han descrito gran variedad de técnicas para resolver la inestabilidad medial con reconstrucción ligamentosa, siendo la plastia con tendón semitendinoso autólogo la más defendida por muchos autores por sus cualidades mecánicas y biológicas en pacientes con integridad ósea de las zonas de inserción (1,4).

- 1 Peters CL, Dienst M, Erickson. Reconstruction of the medial femoral condyle and medial collateral ligament in total knee arthroplasty using tendoachilles allograft with a calcaneal bone block. *J Arthroplasty*. 2004 Oct;19(7):935-40. Review
- 2 McAuley JP, Engh GA, Ammeen DJ. Treatment of the unstable total knee arthroplasty. *Instr Course Lect*. 2004;53:237-41. Review.
- 3 Leopold SS, McStay C, Klafeta K, Jacobs JJ, Berger RA, Rosenberg AG. Primary repair of intraoperative disruption of the medial collateral ligament during total knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*. 2001 Jan;83-A(1):86-91
- 4 Pritsch M, Fitzgerald RH Jr, Bryan RS. Surgical treatment of instability after total knee arthroplasty. *Arch Orthop Trauma Surg*. 1984;102(3):154-8.