



XLI CONGRESO SOTOCAV



TRAUMATISMO BILATERAL DE RODILLA. LUXACIÓN TRAUMÁTICA MULTILIGAMENTOSA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO



A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, F. M. Morán Asensi², C. A. Cardona Londoño², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Rodilla Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

Xativa
16 y 17 de Mayo 2013
Casa de la Cultura



HOSPITAL DE TORREVIEJA
DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA



GENERALITAT
VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, F. M. Morán Asensi², C. A. Cardona Londoño², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Rodilla Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

INTRODUCCIÓN

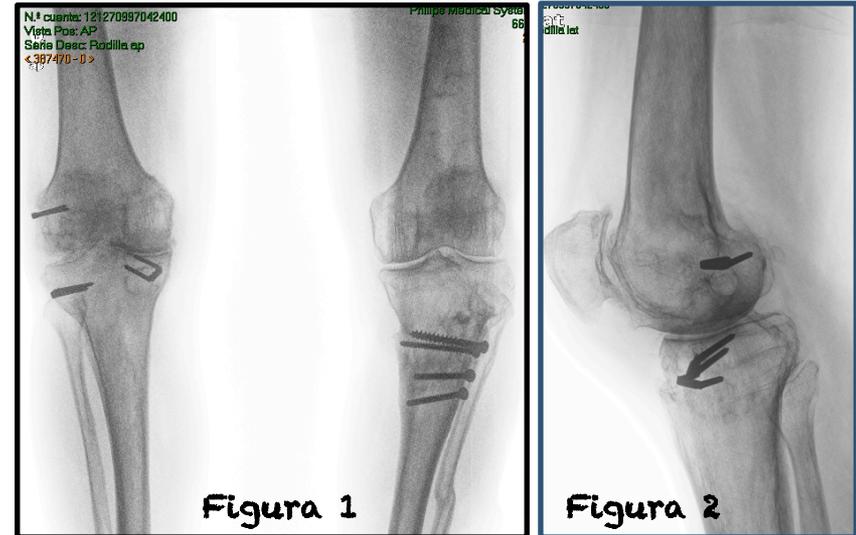
La luxación traumática aguda de rodilla es una de las formas más graves de lesión ligamentosa. Con el paso del tiempo ha habido un incremento del aporte en la documentación, proporcionando aclaraciones sobretodo en cuanto a la gestión del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 61 años con traumatismo bilateral rodilla (luxación derecha y fractura izquierda) (*Figura 1 y 2*).

A propósito del caso realizamos una revisión bibliográfica de artículos de actualidad.

Es difícil encontrar un sistema de clasificación lo suficientemente válido, globalizado y sencillo para cualquier patología.



En este caso, las 3 más utilizadas son las clasificaciones según el posicionamiento femorotibial (Kennedy; 1963), según la lesión anatómica ligamentosa (Schenck; 1994) y según el mecanismo fisiopatológico (SOFcot; 2009) (*Figura 3*).

La prueba diagnóstica gold-estándar para descartar afectación vascular es el angioTC (*Figura 4*).

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, F. M. Morán Asensi², C. A. Cardona Londoño², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Rodilla Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

RESULTADOS

La afectación más importante es la arteria poplítea. (*Figura 5*). La mayor preocupación ante desgarros era la progresión. Sin embargo, sin limitación de flujo la actitud es observación 24 horas. La lesión nerviosa más frecuente es del nervio peroneo común. (*Figura 6*).

Los problemas postoperatorios más frecuentes son un déficit funcional residual, rigidez secundaria a la artrofibrosis, y un fracaso de la plastia. A largo plazo, hasta un 50% pueden desarrollar artrosis postraumática.

Se desaconseja el deporte antes del año postoperatorio. Los objetivos rehabilitadores son: durante la primera semana la extensión pasiva, al mes la flexión pasiva y carga parcial, y a partir de los 2 meses la carga total y flexión activa.

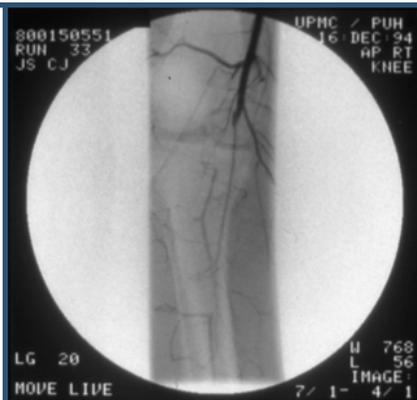
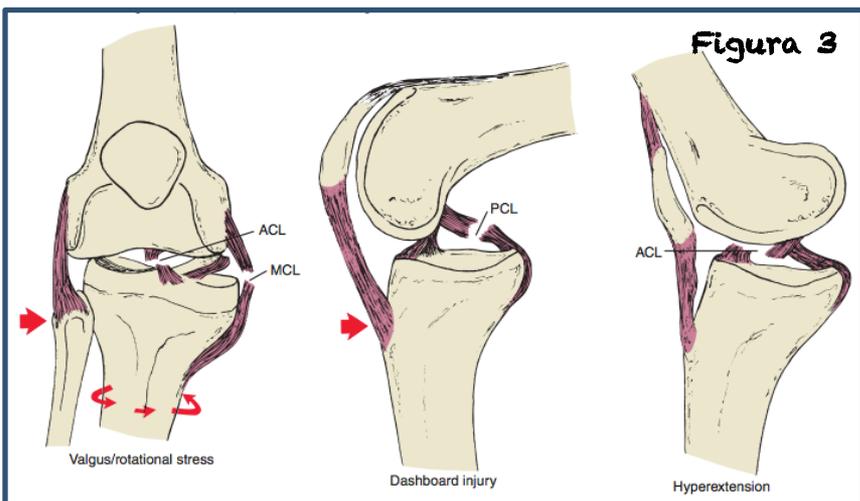


Figura 4

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, F. M. Morán Asensi², C. A. Cardona Londoño², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Rodilla Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

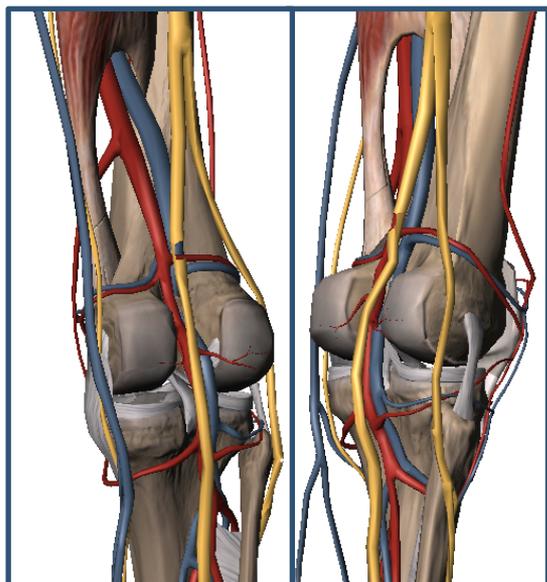


Figura 5

Figura 6

DISCUSIÓN

El tratamiento conservador mediante reducción cerrada e inmovilización se utilizaba en los 70, con unos resultados poco satisfactorios.

El momento ideal del tratamiento quirúrgico definitivo se postula demorarlo hasta las 2 semanas, con una vigilancia vascular y resolución de la inflamación aguda, una recuperación del tono muscular cuadricepsal para prevenir la artrofibrosis, y una cicatrización capsular.

Es recomendable un abordaje bilateral latero-medial en palo de Hockey.

Ha habido falta de datos de alta calidad sobre resultados a largo plazo; pero una reciente serie prospectiva con 2 años de seguimiento postoperatorio, mostró muy buenos resultados, pudiendo realizar actividades regulares y salto comparable con la rodilla sana en un 83% de los casos.

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, F. M. Morán Asensi², C. A. Cardona Londoño², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Rodilla Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

CONCLUSIONES

- ① Un manejo incorrecto puede tener graves consecuencias. Por ello, pese a su baja incidencia, es fundamental conocer los principios básicos de valoración y tratamiento.
- ② Ante la sospecha de LTR se debe realizar arteriografía para confirmar o descartar lesión de la arteria poplítea.
- ③ El tratamiento inicial debe incluir una rápida reducción y estabilización, seguidas de una reevaluación Neurovascular y control Rx post-reducción.
- ④ Dentro de la esfera quirúrgica aún hay temas controvertidos; pero una intervención quirúrgica temprana y adecuada conduce a mejores resultados en comparación con el tratamiento no quirúrgico.
- ⑤ La intervención quirúrgica es un reto con alto riesgo de complicaciones significativas. Por lo tanto, debe ser realizada por personal experimentado en lesiones ligamentosas de rodilla.