

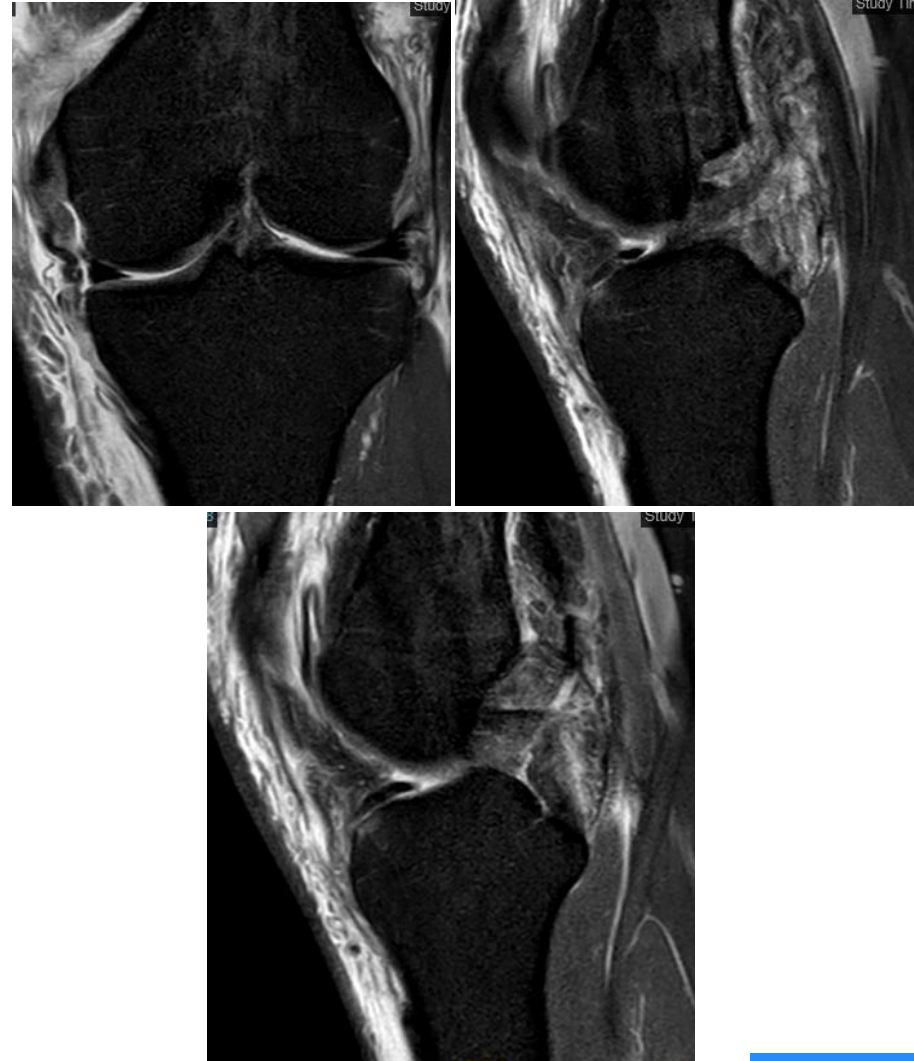
LESIÓN MULTILIGAMENTOSA DE RODILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

- La lesión multiligamentosa de rodilla se define como afectación de al menos 2 de los 4 ligamentos principales de la rodilla (cruzado anterior, cruzado posterior, colateral medial y colateral lateral), siendo clasificada mediante el sistema de Schenck.
- Es una lesión poco frecuente aunque se piensa que puede estar infradiagnosticada debido a reducciones espontáneas
- Este tipo de lesiones se pueden dar tanto por mecanismos de alta energía, como de baja energía (obesos).

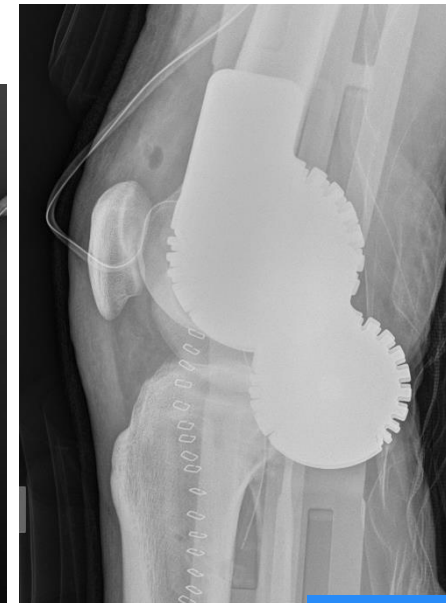
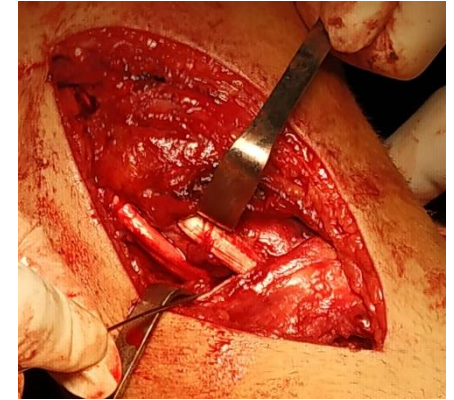
CASO CLÍNICO

- Paciente de 30 años que acude a urgencias tras accidente de moto a aproximadamente 40 Km/h, saliendo despedido. Refiere dolor en rodilla izquierda.
- A la exploración destaca limitación a la movilidad, cajón anterior positivo y bostezo al valgo
- Se realizaron radiografías de rodilla en urgencias en las cuales no se observó ningún hallazgo patológico.
- Se decide ingreso para control del dolor y se realiza una RMN de rodilla izquierda ante la sospecha de lesión ligamentosa.
- La RMN se informa como rotura completa y aguda del LCM con extensión al retináculo medial y vasto medial, rotura del LCA y rotura del LCP.



CASO CLÍNICO

- Ante los hallazgos se diagnostica de lesión multiligamentosa de rodilla KDIIM. Se colocó al paciente una férula de ligamentos hasta el momento de la cirugía.
- En un primer tiempo se realizó la reparación del LCM con aloinjerto, y posteriormente a las 6 semanas se realizó la reparación el LCA y LCP con aloinjerto
- Durante el posoperatorio al paciente se le indicó una ortesis de ligamentos que a las 3 semanas ya llevaba libre con movilidad 0-95° y carga parcial; y a los 2 meses el rango de movilidad era completo y la carga total sin dolor



DISCUSIÓN

- En primer lugar en este tipo de lesiones hay que comprobar si la rodilla se encuentra luxada o no, y el estado vascular del miembro, dado que hay hasta un 18% de afectación vascular. Posteriormente si esta luxada hay que reducirla y estabilizarla, ya sea mediante fijador externo (lesión vascular, inestable...) o férula, y volver a valorar el estado neurovascular del miembro, siendo la ausencia de pulso y un índice de presión tobillo-brazo $<0,9$ las dos indicaciones más importantes para realizar un angio-TAC.
- También hay que tener en cuenta que un 40% presentan afectación nerviosa (peroneo común el más frecuentemente afectado) y hasta un 55% pueden presentar lesión meniscal y/u osteocondral.
- En cuanto al tratamiento no hay ninguna discusión de que el tratamiento quirúrgico es de elección frente al conservador, reservándose este último para personas no aptas para tratamiento quirúrgico. Sin embargo si que lo hay con respecto al momento de la cirugía: agudo, etapas y diferido.

CONCLUSIÓN

- Se realizó este tipo de secuencia de tratamiento debido a que los estudios han demostrado que es la que ofrece mejores resultados. Actualmente el paciente ha vuelto a su actividad laboral habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ng JWG, Myint Y, Ali FM. Manejo de lesiones multiligamentarias de rodilla. ESFUERZO Open Rev. 2020;5(3):145–55.
2. Scheepers W, Khanduja V, Held M. Conceptos actuales en la evaluación y manejo de lesiones multiligamentarias de la rodilla. SICOT J. 2021;7:62.
3. Mills WJ, Barei DP, McNair P. El valor del índice tobillo-brazo para diagnosticar una lesión arterial después de una luxación de rodilla: un estudio prospectivo . J Trauma 2004; 56 :1261–1265.