

Sutura del ligamento cruzado anterior más plastia autóloga del tendón del semitendinoso

R. Cugat, M. García, J. Vilaro, J. C. Monllau,
X. Cusco, X. Juan, A. Ruiz-Cotorro

Clínica del Pilar. Barcelona.

Se describe una técnica original para la reinserción del ligamento cruzado anterior en aquellos casos en los que existe un buen muñón y la desinserción es a nivel femoral. Se utiliza material reabsorbible para la reinserción. Los resultados dependen de una adecuada selección del paciente y una técnica meticulosa.

Palabras claves: Ligamento cruzado anterior, sutura artroscópica, plastia con semitendinosos.

Suture of the anterior cruciate ligament plus autologous plasty with the semitendinous tendon. We report an original technique for the reinsertion of the anterior cruciate ligament in cases where there is a good stump and the tear was at the femoral end of the ligament. Reabsorbable material is used for the reinsertion. The results depend on good patient selection and a meticulous technique.

Key words: Anterior cruciate ligament, arthroscopic suture, semitendinous muscle plasty.



LA MENCIONADA técnica la indicamos en lesionados que cumplen los requisitos siguientes. 1. Les resta al menos 50% de sustancia íntegra de LCA. 2. Tienen morfotipo asténico. 3. La lesión es una desinserción femoral. 4. Presentan inestabilidad discreta. 5. No hay lesiones capsulares periféricas.

Técnica quirúrgica

En primer lugar se realiza una artroscopia exploratoria para confirmar todas las condi-

ciones mencionadas anteriormente. A continuación se coloca la guía femoral en el área isométrica y así se inserta el Kirschner a motor bajo el control del telescopio-cámara (Figura 1).

Una vez emplazado el Kirschner femoral en el sitio deseado (Figura 2), se labra el túnel femoral a motor con broca canulada de 6-7 mm., bajo el control del binomio telescopio-cámara, evitando lesionar el LCA (Figura 3).

A continuación se emplaza la guía tibial, insertando el Kirschner a motor bajo el control del telescopio-cámara (Figura 4).

El Kirschner tibial también debe hallarse en el área isométrica respectiva, tal como muestra la imagen (Figura 5).

Seguidamente se realiza el túnel tibial a motor con broca canulada de 6-7 mm., bajo el control del binomio telescopio-cámara (Figura 6).

A través del túnel femoral, se introduce dentro de la cavidad articular un lazo de Vicryl,

.....

Correspondencia:

Dr. R. Cugat
Cirugía ortopédica y traumatológica
Clínica del Pilar
Balmes, 271 (Consulta 6)
08006 Barcelona

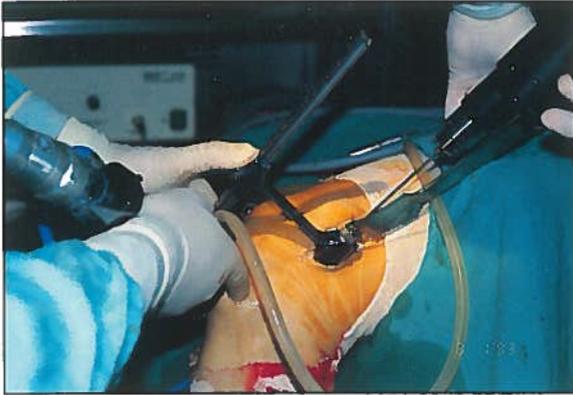


Fig. 1. Guía femoral con Kirschner.

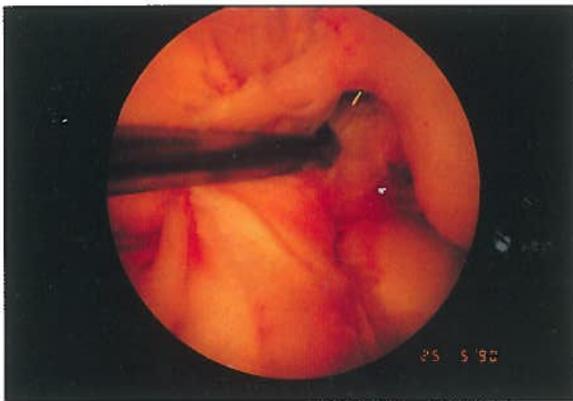


Fig. 2. Kirschner emplazado en el área intercondílea.



Fig. 3.
Labrado del
túnel femoral.

que se deja reposando sobre la cara anterior del LCA (Figura 7).

A través de la puerta antero-interna se introduce la pinza de sutura de Caspari enhebrada con PDS 2/0 y así se realizan los puntos de sutura. Todo este proceso se realiza teniendo emplazado el artroscopio dentro de la articulación a través de la puerta antero-externa (Figura 8).



Fig. 4.
Guía tibial.



Fig. 5. Kirschner tibial.



Fig. 6.
Realización del
túnel tibial.



Fig. 7. Colocación del lazo de Vicryl.



Fig. 8. Sutura con pinza de Caspary.



Fig. 9. Visión del LCA con puntos de PDS.

El número de puntos de PDS 2/0 anclados al LCA varía según cada caso. Pero todos deben quedar dentro del lazo de Vicryl (Figura 9).

Los cabos de PDS 2/0 emergen por la puerta antero-interna. Seguidamente se obtiene la plastia del tendón del Semitendinoso y se prepara. Una vez acondicionada, se unen los cabos empleados en la preparación de plastia al lazo de Vicryl que previamente se ha hecho emerger por el túnel tibial (Figuras 10 y 11).



Fig. 10. Cabos de PDS emergiendo por la puerta antero-interna y plastia del semitendinoso preparada.

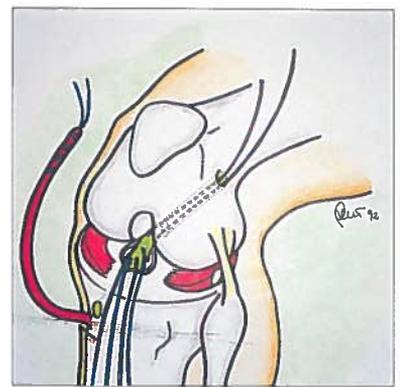


Fig. 11. Esquema de la figura 10.



Fig. 12. Lazo de Vicryl traccionando los cabos de PDS.



Fig. 13. LCA suturado.

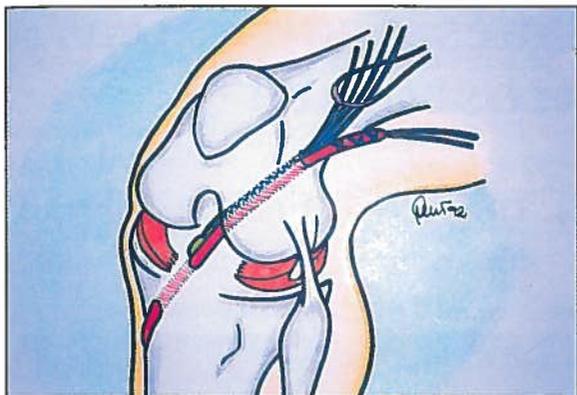


Fig. 14. Esquema de la figura 13.

En estas condiciones se tracciona del lazo de Vicryl desde el túnel femoral haciéndolo ascender a través de la articulación (Figura 12).

Posteriormente se traccionan los puntos de PDS, y por tanto al LCA, colocando a este último en su lugar anatómico con la adición del ST (Figuras 13 y 14).

Una vez emplazadas todas las estructuras en su nuevo lugar, se suturan los cabos del



Fig. 15. Sutura de la fascia lata de los cabos del PDS y de la plastia del semitendinoso.

PDS a la fascia lata, al igual que la plastia del Semitendinoso.

Por último, se sutura por planos y se confecciona un vendaje suave, no compresivo, apoyado con yeso. La articulación se deja en 30° aproximadamente de flexión.

La técnica antes mencionada sólo tiene buenos resultados cuando se cumplen todos los requisitos antes mencionados.