

Técnica de Zarins y Rowe para inestabilidades anteroexternas por vía artroscópica

J. Gómez Cimiano, G. Gómez del Alamo, M. Villalba Vaquero, J. Martínez Agueros

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Se describe la técnica de Zarins y Rowe con las variantes necesarias para realizarla mediante cirugía artroscópica con técnica de túneles óseos, en lugar de "Over de Top" y con anclajes de las plastias mediante sellado de los túneles con cilindros óseos.

Palabras clave: Ligamento cruzado anterior, plastia con semitendinoso y fascia lata, plastia artroscópica, tapón óseo.

The Zarins-Rowe technique for anterolateral rotatory instability by arthroscopic tract. Zarins and Rowe Technique is described with the necessary variants to perform by arthroscopy surgery and with bone tunnels instead over the top, and with anchorage of the plastys by sealed tunnels with bone plug.

Key words: Anterior cruciate ligament, semitendinous and iliotibial tract plasty, arthroscopy plasty, bone plug.

La técnica de Zarins y Rowe^(1,2) combina la plastia intraarticular y la extraarticular como tratamiento de las inestabilidades rotatorias anterolaterales crónicas de rodilla. Para ello, utiliza el semitendinoso y la fascia lata a través de la vía "over the top" por artrotomía y sin apoyo de técnicas artroscópicas. Por ello hemos introducido unas variantes a la técnica original que describimos a continuación.

Técnica quirúrgica

En primer lugar, practicamos una artroscopia por los portales habituales, procediendo a reconocer y tratar las lesiones asociadas a la rotura del L.C.A. Y, si es preciso, se practica la



plastia de la escotadura intercondílea.

Por esta vía artroscópica se reconocen los puntos isométricos, tanto tibial como femoral y mediante la guía diseñada por Mikel Sánchez, realizamos los túneles óseos con trefina, tanto en tibia (Fig. 1) como en fémur (Fig. 2).

Es conveniente que los cilindros óseos obtenidos no sean mayores de 2 cm. de largo y tengan, por lo menos, 8-9 mm. de diámetro; finalizando el túnel con una broca de 7 mm. con el objeto de poder sellar el túnel óseo con el cilindro (Fig. 3).

A continuación se obtiene una bandeleta de fascia lata de 24 x 2,5 cm. de ancho, dejándola insertada en el tubérculo de Gerdy, y soltándola proximalmente. Asimismo se secciona el semitendinoso en la unión tenomuscular, dejándolo insertado en la pata de ganso.

El siguiente paso es la introducción del semitendinoso por los túneles hasta sacarlo por debajo del ligamento lateral externo, haciendo el recorrido inverso con la fascia lata y suturándose en sus extremos (Figs. 4 y 5).

Correspondencia:

Dr. J. Gómez Cimiano
c/ Floranes, 56, 2º B
39010 Santander

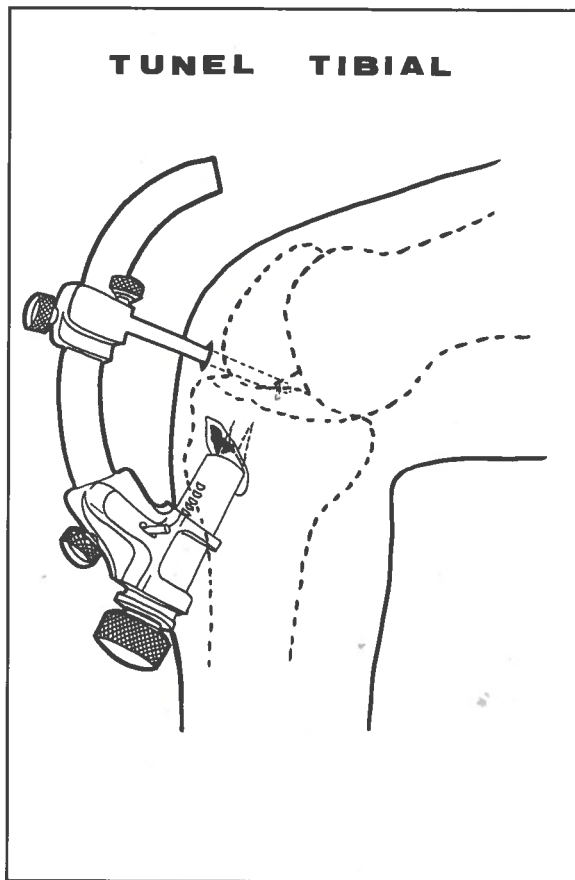


Fig. 1. Preparación túnel tibial.

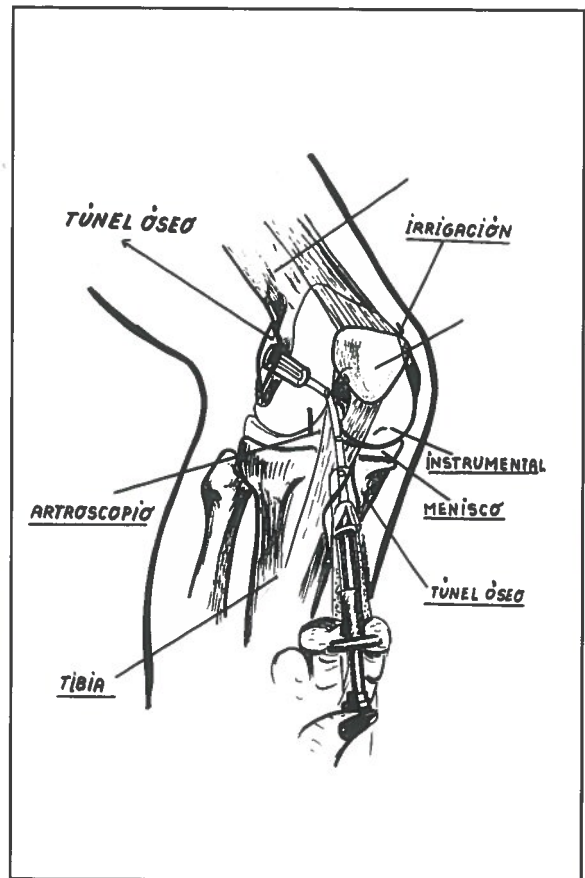


Fig. 2. Extracción de cilindros óseos.

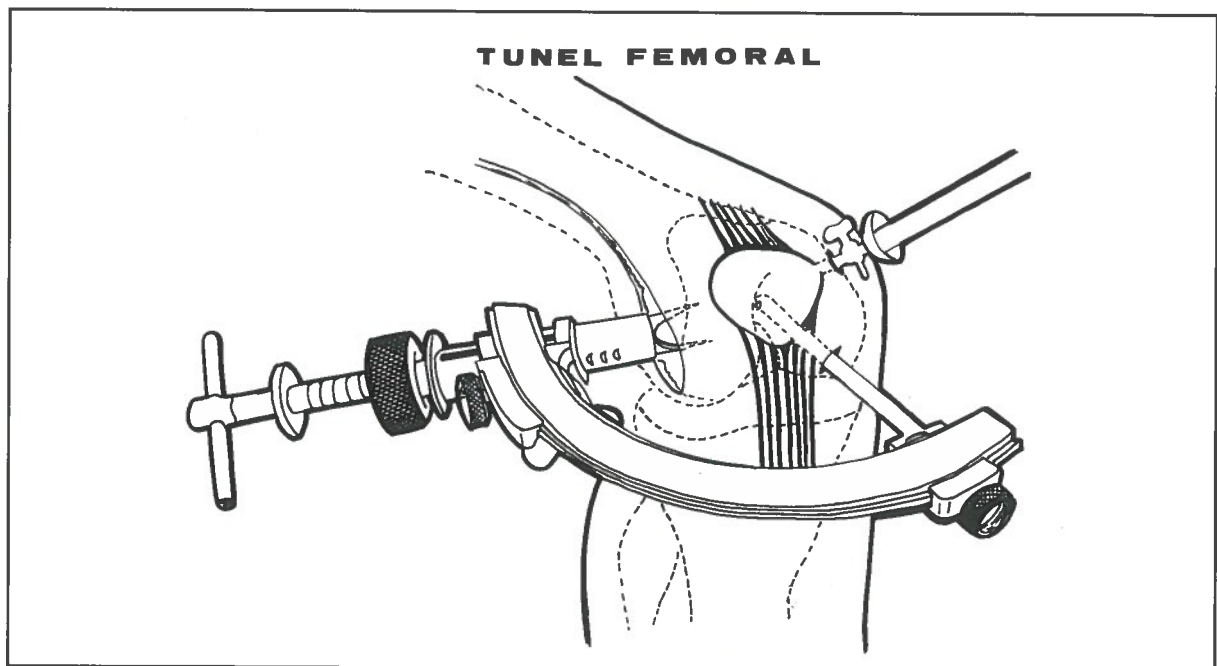


Fig. 3. Sellado de los túneles óseos.

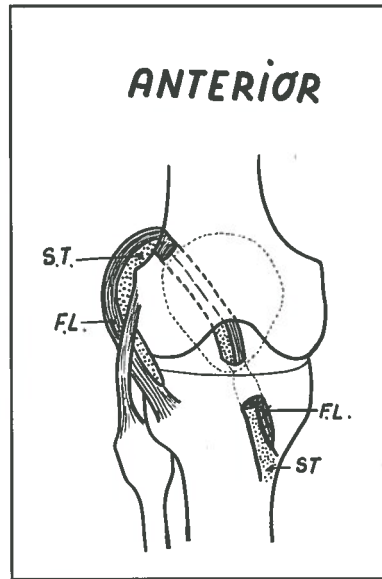


Fig. 4. Visión anterior de la plastia.
ST: Semitendinoso. FL: Fascia lata.

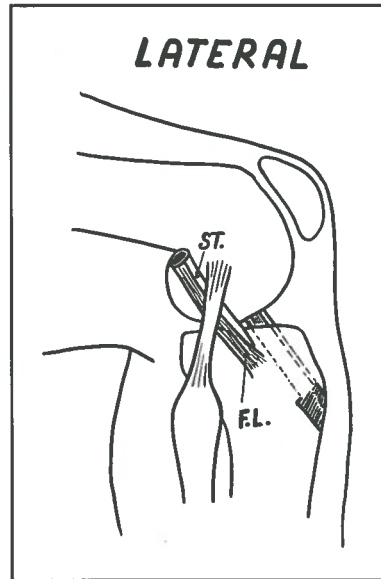


Fig. 5. Visión lateral de la fascia.

Por último sellamos los túneles con los cilindros óseos.

Conclusión

En nuestra opinión, es una técnica excelente para solucionar las inestabilidades rotatorias

anteroexternas pero, con las modificaciones aquí expuestas, se evita la práctica de una artrotomía. Y, con el sellado mediante tapones óseos, no solamente fijamos la plastia sino que, además, permitimos el crecimiento óseo en dicha plastia y se evita la formación de un lecho fibroso en el túnel.

BIBLIOGRAFIA

1. Zarins, B.: Combined intraarticular and extraarticular reconstruction for anterior tibial subluxation. Orthop. Clin. North Am. 1985, vol. 16 N° 2, 200 y 224.
2. Zarins, B. and Rowe, C.R.: Anterior cruciate ligament reconstruction: combined method using semitendinosus tendon and iliotibial tract. Orthop. trans. 1993; 4: 291.