

Técnica quirúrgica de ligamentoplastia H.T.H. (detalles técnicos)

A. Pascual, F. Aranda, S. Hawawini, B. Flament

Hospital Europa. Marbella, Málaga.

Correspondencia:

Dr. Alberto Pascual
Hospital Europa
Avda. Severo Ochoa, 22
Marbella, 29600 Málaga.

Se aporta la técnica quirúrgica que realizamos en el Servicio de Traumatología del Hospital Europa de Marbella, desde 1995, en lesiones completas del ligamento cruzado anterior, utilizando para ello plastia autóloga de tendón rotuliano, con pastillas óseas (HTH) mediante abordaje anterior trans-tendinoso.

Palabras clave: Artroscopia, rodilla, ligamentoplastia HTH.

The surgical technique of HTH ligamentoplasty (technical details). We present the surgical technique we have been performing since 1995 at the Traumatology Department of the Hospital Europa in Marbella, in cases of complete injury of the anterior cruciate ligament, using an autologous plasty of the patellar tendon with bone tablets through an anterior transtendinous approach.

Key words: Arthroscopy, knee, HTH ligamentoplasty.



En nuestro servicio hemos realizado siempre, exceptuando casos muy específicos, como pacientes intervenidos anteriormente del ligamento cruzado anterior (LCA) con plastia hueso-tendón-hueso (HTH), fracturas de rótula, pacientes con tendinitis crónica del tendón rotuliano (S. Larsen), enfermos con secuelas de Osgood-Schlatter, etc., la técnica de sustitución por injerto de tendón rotuliano, tomándolo del centro del tendón y resecaando dos pastillas óseas del polo inferior de la rótula y de la inserción tibial.

Esta técnica se llevaba a cabo, en un principio, con artrotomía interna y luxación de la patela. Más tarde, por vía artroscópica, siendo muy laboriosa en nuestras manos el paso de la plastia a través de la rodilla. Si el anclaje proximal es lo suficientemente posterior, zona óptima (isométrica), nos encontrábamos con que el hueso del injerto chocaba con el ligamento cruzado posterior, y nos ha complicado, en más de una ocasión, el paso

hacia el túnel tibial. Igualmente, si se comenzaba por la parte tibial hacia la proximal, era bastante difícil dirigir con el artroscopio y nuestro instrumental el paso hacia el túnel femoral, con dificultad para valorar la tensión que se daba al ligamento.

Iniciamos, en unos de estos casos en los que nos resultaba complicado el paso de la plastia, la apertura de la articulación a través del espacio que quedaba al tomar el injerto, rechazando la grasa de Hoffa y manteniendo toda la instrumentación artroscópica, sin aportar flujo. Desde entonces (1995), hemos realizado las lesiones del LCA por este doble procedimiento, que se describe a continuación.

TECNICA QUIRURGICA

Estudio radiológico AP-L convencional de rodilla, además de otras pruebas diagnósticas como RMN, Dinámicas, Lachman-Trillat, Rx, etc., para



Figura 1.

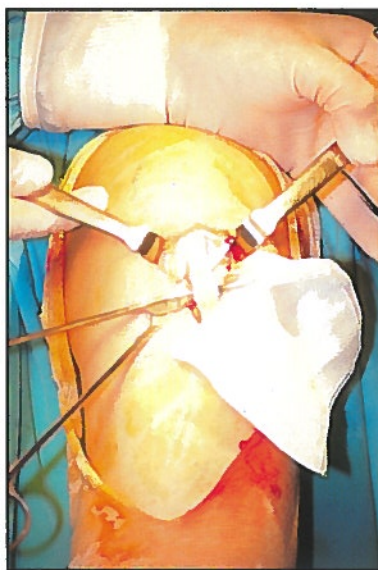


Figura 2.

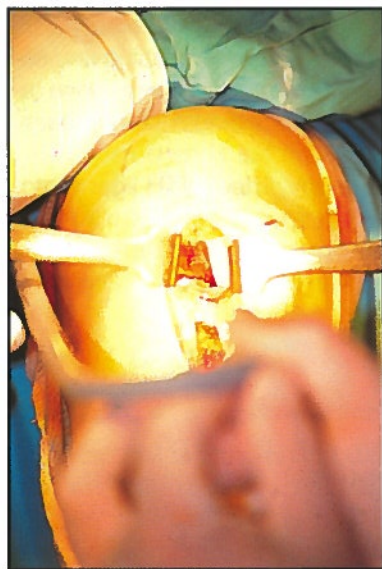


Figura 3.



Figura 4.

la medición aproximada preoperatoria del tamaño del LCA y del tendón rotuliano.

Preparación del paciente en decúbito supino; colocación del manguito de isquemia, anestesia peridural-general; pierna en 90° de flexión; profilaxis antibiótica y heparínica según los protocolos habituales.

Llevamos a cabo, sin isquemia, la exploración artroscópica de la rodilla, puesto que consideramos que existen siempre lesiones asociadas que pueden ser tratadas por artroscopia (lesiones meniscales, condrales, cuerpos libres, etc.). Una vez finalizado el tiempo artroscópico, elevamos la pierna y colocamos la isquemia de la pierna. Realizamos una incisión vertical, algo interna, sobre

el tendón rotuliano (Figura 1), desde el polo inferior de rótula a TTA (5-7 cm). Disección del peritendón, y toma del injerto de tercio medio de tendón rotuliano, de 8-12 mm de espesor, según la rodilla a operar (Figura 2). Una vez obtenido el injerto, disecamos la grasa de Hoffa, resecaando una mínima parte de ella, y penetramos por vía anterior en la articulación de la rodilla (Figura 3).

Colocamos un separador automático, al que se incorpora la luz fría del artroscopio, obteniendo una visión considerable de la rodilla, así como de sus anclajes ligamentarios (espinas tibiales, cóndilos) (Figura 4).

El resto de la técnica no varía de la técnica habitual de ligamentoplastia HTH, pudiendo

realizar los gestos y mediciones que habitualmente se llevaban a cabo (trocleoplastia, grapas, tornillos esponjosa, tornillos de Kurosaka, anclaje intraarticular, reabsorbible, etc.).

Una vez concluida la intervención, se cierra el tendón con puntos simples de material no reabsorbible, y el peritendón con material más fino reabsorbible. Cierre de la herida operatoria con intradérmica, así como vendaje compresivo durante 10 días, comenzando isométricos y rehabilitación a las 24-48 horas de la intervención.

Hasta el momento, no hemos tenido complicaciones con esta técnica, tampoco lesiones de tendinitis por haber colocado el separador intra-tendinoso; aunque el seguimiento es corto aún para valorar un problema posterior en el tendón, pensamos que no debe haber ninguna diferencia con otras técnicas similares.

CONCLUSION

Creemos que es una técnica relativamente fácil de ejecutar, que aporta una vía de acceso anterior muy orientativa para los puntos de anclaje y que al no abrir la articulación por vías laterales (cápsula-sinovial), no produce más traumatismos sobre los accesos de la articulación. Por su parte, el postoperatorio ha sido poco doloroso en relación con la artrotomía, lo que nos facilita el paso de los fragmentos óseos de HTH.

AGRADECIMIENTOS

Esta técnica se ha llevado a cabo en colaboración con el Servicio de Traumatología y Ortopedia I.C.A.T.M.E., prestándonos el Dr. J.M^a Vilarrubia todo su apoyo y orientación.