

Liberación rotuliana externa endoscópica

J.A. Ruiz Molina, C. Vázquez Colomo, J.C. Yebra Pareja

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Correspondencia:

Dr. José Ángel Ruiz Molina
c/ Lagunas de Ruidera, 104. 04007. Almería
Correo electrónico: joseangel307@gmail.com

Existen diversas técnicas para la liberación del alerón rotuliano (AR). La característica común de los procedimientos artroscópicos es la liberación intraarticular. Presentamos una nueva técnica endoscópica y extraarticular para realizar una liberación selectiva del AR respetando la membrana sinovial. Las ventajas de esta técnica son una mejor visualización para su liberación y un mejor control del sangrado manteniendo la homeostasis intraarticular.

Presentamos los detalles de una técnica de fácil ejecución con escasas complicaciones y que facilita la recuperación de los pacientes de una forma más precoz.

Palabras clave: *Arthroscopia. Endoscopia. Liberación rotuliana externa.*

INTRODUCCIÓN

La liberación rotuliana externa (LRE) es un procedimiento habitual en el manejo de los pacientes que presentan dolor femoropatelar. Las principales entidades que nos conducen a este cuadro son los síndromes de inestabilidad rotuliana y los síndromes de hiperpresión rotuliana externa (SHRE).

La evolución natural de estas patologías es hacia una condromalacia rotuliana y finalmente a una artrosis femoropatelar. El tratamiento inicial deber ser conservador y, cuando fracasa, puede estar indicado el tratamiento quirúrgico mediante LRE. Éste se puede realizar de forma aislada en aquellos pacientes con SHRE, o asociado a otros gestos quirúrgicos en casos de inestabilidad.

Los resultados publicados con la técnica de LRE son dispares, oscilando entre el 14 y el

Endoscopic lateral retinacular release

A number of techniques have been described and reported for the release of the lateral patellar retinaculum, the common feature of all endoscopic procedures being intra-articular release. We here present a novel endoscopic and extra-articular technique for selective lateral patellar retinaculum release preserving the sinovial membrane. The advantages of the presented technique are improved visualization for release and improved bleeding control, preserving intra-articular homeostasis.

We report in detail a simple technique with scarce complications and which facilitates earlier recovery of the patients.

Key words: *Arthroscopy. Endoscopy. Lateral retinacular release.*

100%^(1,2) de resultados satisfactorios, con un promedio general del 73%⁽³⁾.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Los procedimientos habituales de LRE se realizan mediante técnicas de cirugía abierta o bien con técnicas artroscópicas⁽²⁻⁶⁾. Estas últimas son procedimientos en los que la instrumentación y la visión son intraarticulares, realizándose una liberación del alerón rotuliano (AR) desde dentro hacia fuera.

En la presente técnica, se realiza una liberación selectiva del AR externo extraarticular, respetando la sinovial.

El objetivo de la presente publicación es mostrar una nueva técnica sencilla, fácilmente reproducible y con mínimas complicaciones posquirúrgicas.

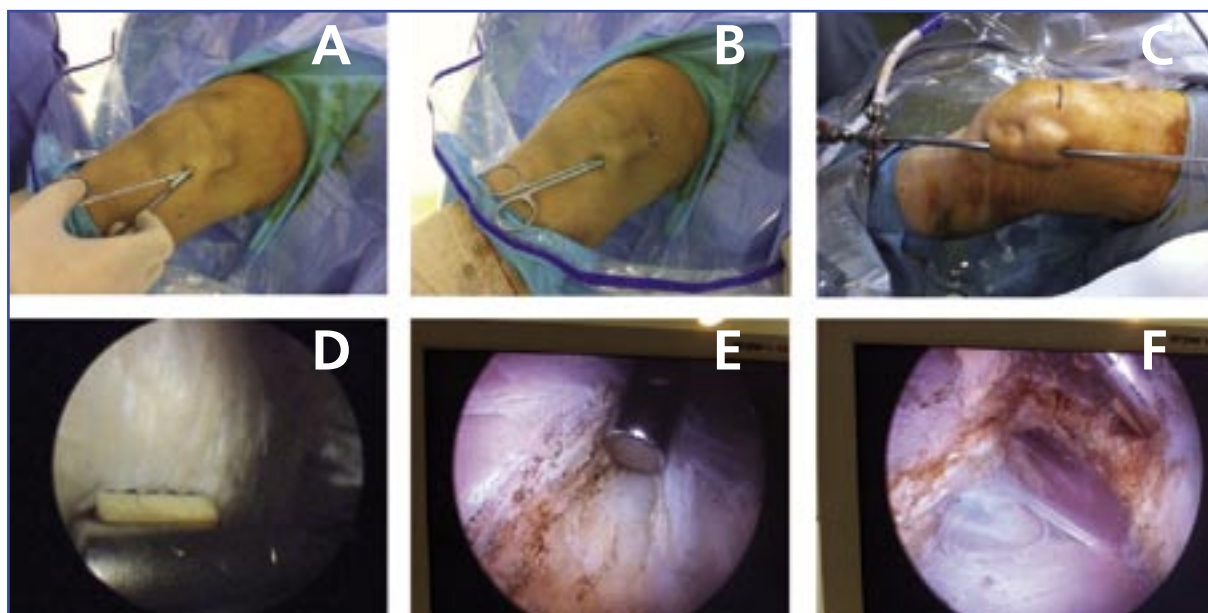


Figura 1. Liberación endoscópica del AR externo. A y B: Disección subcutánea y creación de los portales AL y SL. C: Visión por portal AL e instrumentación por portal SL. D: Imagen endoscópica del retináculo extensor. E y F: Liberación del AR con terminal de radiofrecuencia.

Colocación del paciente

Es la utilizada habitualmente en la artroscopia de rodilla, procurando colocar el manguito de isquemia lo más proximal posible, para que nos facilite el acceso durante el acto quirúrgico.

Portales

Se realizan dos portales habituales para la artroscopia diagnóstica. El portal anterolateral (AL) y el portal anteromedial (AM). Se creará un tercer portal de trabajo superolateral (SL), situado a la altura del polo superior de la rótula, quedando ambos portales unidos por una línea longitudinal imaginaria paralela al borde externo rotuliano. Este portal SL es subcutáneo y no penetra en la articulación.

Finalizada la artroscopia diagnóstica y/o terapéutica de las posibles lesiones intraarticulares, colocamos la rodilla en extensión. A través del portal AL, se crea un espacio subcutáneo que se extiende proximalmente siguiendo el AR hasta el polo superior de la rótula. La punta de las tijeras Metzenbaum servirá de referencia para crear el portal subcutáneo SL (Figura 1).

Se introduce el artroscopio por el portal AL, y un terminal de radiofrecuencia por el portal SL. Es necesario realizar una limpieza de las adherencias subcutáneas para visualizar correctamente el AR.

Se recomienda la liberación comenzando desde distal hacia proximal, respetando la sinovial. El límite proximal no debe sobrepasar el polo superior de la rótula o las fibras musculares del vasto externo. Distalmente se puede completar la liberación intercambiando la óptica y el terminal de radiofrecuencia por los portales anteriormente descritos. El mismo terminal de radiofrecuencia nos permite disecar anterior y posteriormente los bordes del AR liberado de la sinovial, realizándose en todo momento una técnica extraarticular endoscópica.

Finalizado el procedimiento, se baja la presión del manguito de isquemia a unos niveles discretamente inferiores a la presión sistólica del paciente, lo que nos va a permitir un mejor control hemostático de los vasos geniculares. Posteriormente se finaliza la hemostasia bajando completamente el manguito de isquemia.

DISCUSIÓN

La liberación del LRE es un procedimiento ampliamente utilizado por el cirujano ortopédico, con un alto porcentaje de éxito, con alrededor de un 73% de buenos resultados por término medio⁽³⁾. Sin embargo, existe una gran variabilidad de resultados publicados en estudios ante-

riores⁽⁴⁻⁸⁾. Esta variabilidad se justifica por la diversidad de procedimientos y técnicas, y porque no existen criterios objetivos concretos ni en el diagnóstico ni en las indicaciones quirúrgicas de esta patología.

Dentro de las técnicas de LRE artroscópicas hay diversos procedimientos descritos^(1,4,5,7,9,10) que tienen en común la liberación del AR, pudiendo ser desde dentro hacia fuera o bien desde fuera hacia dentro⁽⁷⁾, produciéndose en ambos casos una apertura de la articulación.

Con la técnica que describimos, todo el procedimiento se realiza en un espacio subcutáneo, liberando el AR y respetando la sinovial. Al ser un procedimiento extraarticular, no se altera la homeostasis intraarticular, lo que facilita la recuperación precoz de los pacientes. Igualmente, permite un buen control del sangrado, por lo que disminuye la incidencia de complicaciones derivadas del mismo.

Con las técnicas intraarticulares resulta sencilla la liberación retinacular proximal, siendo más dificultosa completarla a nivel distal. Sin embargo, son bien conocidas las complicaciones derivadas de un exceso de liberación proximal y de no completar la liberación distal⁽¹⁰⁻¹³⁾. Con este nuevo procedimiento de LRE endoscópica, se facilita la visualización del retináculo, lo que permite delimitar con precisión la liberación del mismo y supone una ventaja adicional en ciertos pacientes, particularmente en los obesos.

CONCLUSIÓN

Es una técnica ampliamente utilizada en nuestro centro, sencilla, fácilmente reproducible, con mínimas complicaciones posquirúrgicas y que permite una recuperación precoz de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aglietti P, Pisaneschi A, Buzzi R, Gaudenzi A, Allegra M. Arthroscopic lateral release for patellar pain or instability. *Arthroscopy* 1989; 5: 176-83.
2. Ficat P, Hungerford DS. Disorders of the patellofemoral joint. Baltimore: Williams & Wilkins; 1977.
3. Aglietti P, Buzzi R, Insall JN. Disorders of the patellofemoral joint. En: Insall JN, Windsor RE, Scott N, Kelly MA, Aglietti (eds.). *Surgery of the Knee*. Churchill Livingstone; 1993. p. 241-385.
4. Metcalf RW. An arthroscopic method for lateral release of subluxating or dislocating patella. *Clin Orthop* 1982; 167: 9-18.
5. Harwin SF, Stern RE. Subcutaneous lateral retinacular release for chondromalacia patellae: a preliminary report. *Clin Orthop* 1981; 156: 207-10.
6. Gecha SR, Torg JS. Clinical prognosticators for the efficacy of retinacular release surgery to treat patello-femoral pain. *Clin Orthop* 1990; 253: 203-8.
7. Martin DK, Gul R, Falworth MS, Jeer PJ. The outside-in subcutaneous arthroscopically assisted lateral retinacular release: a new technique. *Acta Orthop Belg* 2007; 73: 512-4.
8. Fulkerson JP, Shea KP. Disorders of patello-femoral alignment. *J Bone Joint Surg* 1990; 72-A: 1424-9.
9. Grana WA, Hinkley B, Hollingsworth S. Arthroscopic evaluation and treatment of patellar malalignment. *Clin Orthop* 1984; 186: 122-8.
10. Ogilvie-Harris DJ, Jackson RW. The arthroscopic treatment of chondromalacia patellae. *J Bone Joint Surg* 1984; 66-B: 660-5.
11. Osborne AH, Fulford PC. Lateral release for chondromalacia patellae. *J Bone Joint Surg* 1982; 64-B: 202-5.
12. Schonholtz GJ, Zahn MG, Magee CM. Lateral retinacular release of the patella. *Arthroscopy* 1987; 3: 269-72.
13. Simpson LA, Barrett JP. Factors associated with poor results following arthroscopic subcutaneous lateral retinacular release. *Clin Orthop* 1984; 186: 165-71.