

Artículos seleccionados de traumatología del deporte
Abstracts

Dr. Vicente Paús

Diploma Universidad en Traumatología del Deporte (París – Francia)

Especialista Universitario en Ortopedia y Traumatología (U.N.L.P.).

1- Miositis osificante post-traumática del músculo psoas iliaco. A propósito de un caso con revisión en la literatura.

Autores: A. S. Petropoulos, N.K. Sferopoulos (Grecia)

Lugar: Revue de Chirurgie Orthopedique.

1997, 83, 747-751.

La miositis osificante post-traumática es una formación ectópica localizada de cartílago y de hueso que se produce secundariamente a un traumatismo o a una intervención quirúrgica. Este término no es totalmente correcto ya que la osificación igualmente puede encontrarse también a nivel de la cápsula articular, de los ligamentos o de tejido intersticial. Generalmente una vez que la fase de formación ósea-activa termina, la lesión no presenta ningún signo inflamatorio.

La región más frecuente para la miositis osificante es la región anterior del muslo (46%) donde ella puede producirse secundariamente a una contusión severa o por un traumatismo, menor, repetido, sobre todo en los jóvenes adolescentes o adultos vigorosos y atletas. Esta también puede observarse a nivel del codo 15,4% secundaria a una fractura o a una luxación y a consecuencia de un traumatismo menor y repetido en otros músculos como ser el tricepsural en las bailarinas, el braqueal anterior en los esgrimistas y el adductor en la cadera en los que hacen equitación. Otras regiones son más raras como pueden ser los pequeños músculos de la mano, el temporal, el glúteo, la pared torácica, el hombro y el tobillo.

Cualquiera que sea la causa, existe localmente una alteración neurovascular provocada por el traumatismo que produce una metaplasia en el músculo y de los fibroblastos del tejido conjuntivo, llevando a la organización y a la osificación de un hematoma intramuscular. Los autores reportan un caso en una bailarina de 13 años con miositis osificante post-traumática del músculo psoas iliaco con un seguimiento de 4 años. La miositis osificante

post-traumática es una afección mal explicada en la cual el hueso ectópico se forma como consecuencia de un aplastamiento muscular seguido de un hematoma. El volumen de la miositis osificante post-traumática es habitualmente menor que el de una osificación pararticular secundario a un coma o a un traumatismo medular. Su evolución es igualmente más benigna. Cushner y Morwessel han encontrado 197 casos descritos en la literatura inglesa. No encontraron ningún caso de lesión del músculo psoas iliaco. Los estudios muestran que la miositis osificante post-traumática se observa más frecuentemente en hombros jóvenes y atletas. La edad promedio de los pacientes fue de 23,8 años. La existencia de un traumatismo estuvo presente en el 65 a 70% de los casos en los adultos y solamente en el 50% en los niños.

El diagnóstico puede ser dificultoso sobre todo en los casos en los que no hay un antecedente traumático, se debe pensar en este cuadro ante la presencia de unos signos clínicos secundarios a un traumatismo que no se revierte en una o dos semanas con agravación de la clínica a partir de la tercera o cuarta semana. En el examen clínico muestra un dolor revelador a la palpación de la región, dolor a la movilización articular, una hinchazón, un edema difuso que se va circunscribiendo progresivamente y que va tomando una consistencia dura. La lesión alcanza su estado de maduración en general tres meses después del traumatismo. El valor normal de la fosfatasa alcalina varía mucho con la edad y el sexo. Una elevación progresiva de la fosfatasa alcalina (en ausencia de otras causas) es una muy buen indicador de la formación de hueso ectópico y precede siempre a la aparición de signos radiológicos. Es raro que la radiología ponga en evidencia calcificaciones secundarias a un traumatismo antes de la cuarta semana. En un estadio precoz la afección puede hacer confundir con un síndrome inflamatorio o un sarcoma osteogénico. La tomografía debe ser computada, las angiografías y las ecografías pueden ser útiles, pero estos exámenes no son específicos para asegurar el diagnóstico. El diagnóstico diferencial con un sarcoma de partes blandas puede ser difícil sobre los cortes histológicos cuando la biopsia ha sido realizada en forma precoz. Cuando la lesión está bien delimitada debe ser escindida completamente y el examen anatomopatológico revela una organización tisular típica. La zona central está ocupada por tejido fibroblástico inmaduro, pero muy notablemente vascularizada. Ella está bordeada por una zona intermedia donde las células se asemejan y contienen fibroblastos, los osteoblastos y el tejido osteoide es más o menos abundante. En la periferia se observa zona de calcificación de tejido osteoide que se transforma en hueso trabecular maduro. La lesión está encapsulada por un tejido fibroso mixoide. Es aconsejable inmovilizar la región lesionada, un tratamiento conservador da buenos resultados para lesiones de pequeño tamaño sobre todo en el miembro superior, ya que los hematomas tienden a reabsorberse se debe evitar todo tipo de manipulación y toda movilización pasiva con la finalidad de evitar el riesgo de un recidiva y de hemorragias intramusculares. No se debe programar la escisión quirúrgica de la lesión, cuando el tamaño y la localización no alteran notablemente la movilidad de una articulación, se debe operar aquellas lesiones en el estadio de maduración radiológico. Cuando el hueso ectópico no es resecado en forma completa o si es resecado muy precozmente, es decir, antes de la maduración, la lesión puede continuar y evolucionar. La tasa de fosfatasa alcalina tiene un papel importante para determinar el estado de maduración de la lesión. Mital y cols. sugieren que la lesión no deberá jamás ser resecada en período de ascenso de la tasa de fosfatasa alcalina.

2- Influencia de la plástica extraarticular externa sobre los resultados de la reconstrucción del LCA (Ligamento Cruzado Anterior) con tendón rotuliano, 4 años de seguimiento.

Autores: J. L. Lerat, A. Mandrino, J. L. Bese, B. Moyen, E. Brunet, Guedes.

Lugar: Revue de Chirurgie Orthopedique. 1997, 83, 591-601

Numerosas operaciones han sido descritas para el tratamiento de las rupturas crónicas de ligamento cruzado anterior. La reconstrucción del ligamento cruzado anterior por un trasplante de tendón rotuliano es la más practicada y sus resultados son conocidos. Numerosos autores le agregan una plástica extraarticular externa. Algunos de ellos sostienen que es para mejorar el control del pívot. Otros autores sostienen que adicionar esta plástica extraarticular externa produce una protección al pívot central durante el largo período de cicatrización y de adaptación del injerto. La finalidad de este estudio es evaluar la influencia de una plástica extraarticular comparando los resultados de una serie de reconstrucción aislada de ligamento cruzado anterior asociadas a una plástica extraarticular. La reconstrucción del ligamento cruzado anterior se basó en el método de Jones sobre la utilización del tercio medio del tendón rotuliano y el tendón transplantado con sus dos extremos óseos en forma libre. La plástica extraarticular externa se hace utilizando una bandeleta del tendón cuadricipital prolongándolo directamente del trasplante del tendón rotuliano y de la bandeleta ósea patelar. El tendón cuadricipital ha sido elegido de preferencia a la bandeleta iliotibial de Maissiat, muy utilizada en la literatura, pero por la utilización de esta bandeleta tiene la reputación de fragilidad el obenque externo de la rodilla que es un elemento fundamental para controlar la estabilidad de la rodilla en varo sobre todo en los pacientes con este morfotipo (genuvaro).

Cinco estudios han sido recensados con la finalidad de evaluar la utilidad de la plástica extraarticular complementaria a la reconstrucción. El primero fue Jensen 1983 seguido por los de Roth, Strum, O'Brien, Noyes. Las conclusiones fueron divergentes y las series fueron heterogéneas y difícilmente comparables. Nuestro objetivo es responder a la pregunta gracias al estudio de una serie más homogénea. Este estudio prospectivo se basa en una serie consecutiva de 50 y de 60 pacientes operados por el mismo cirujano entre enero del '88 y diciembre del '92 por una inestabilidad funcional ligada a la laxitud del ligamento cruzado anterior y que presentaban todos en el examen clínico un pívot netamente positivo. Este estudio, como todos los estudios comparables de la literatura, no fue randomizado. Los autores como en otras series han utilizado exámenes clínicos, radiografías estáticas y dinámicas, evaluaciones funcionales con la cotización A.R.P.E.G.E. Una evaluación subjetiva mediciones con el KT 1000. No haremos consideraciones en relación a edad, sexo u otros datos que pueden ser consultados en el artículo original. Los autores no intentan hacer una comparación con los cinco estudios antes mencionados, debido a que ninguno de ellos fue randomizado, si analizan factores en común y datos a considerar. La comparación de la evaluación de la laxitud de los grupos que muestran los autores durante los primeros cuatro años del post operatorio muestran netamente que los tipos de operación son capaces de controlar la laxitud del compartimiento interno en

condiciones análogas (50% de la misa), pero la laxitud externa es mejor controlada cuando existe una plástica extraarticular externa. Los autores concluyen diciendo que éste no es un estudio randomizado, pero que los dos grupos de estudios pueden ser comparables a pesar de algunas ligeras diferencias en la laxitud preoperatoria. Los resultados funcionales evaluados no arrojan diferencias globales en los dos grupos.

La laxitud anterior postoperatoria fue controlada por la reconstrucción del ligamento cruzado anterior. La plástica extraarticular no ha permitido controlar mejor la laxitud en el compartimento interno. La plástica extraarticular no ha mejorado el valor mecánico del pivó central ya que no ha modificado la complacencia (complacencia diferencial o complacencia de la rodilla operada).

Por el contrario el efecto positivo sobre el cajón anterior al nivel del compartimento externo tiene un valor clínico significativo ya que se observa una disminución en el pivó en el postoperatorio.

Después de 4 años de evolución, la plástica extraarticular ha mejorado los resultados de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior hechas con el tendón rotuliano en las roturas crónicas del ligamento cruzado anterior.

3- Proceso antero-interno del calcáneo demasiado largo.

Autores: J. C. Pouliguen, D. L. Duranthon, Ch, Olorin, B. Kassis, J. Langlais.

Lugar: Revue de Chirurgie Orthopedique. 1997, 83, 658-664

Las sinostosis del tarso son bien conocidas desde las primeras descripciones hechas por Bufón en 1769 y Cruveilhier en 1829. En 1983 los autores reportaron cinco casos de una variedad de conflicto tarsiano que es a menudo poco conocido en los niños y adolescentes y que presenta semejanza a los de las senostosis, los autores reportaron la existencia de un proceso antero-interno del calcáneo demasiado largo denominado en inglés "too long anterior process" (T.L.A.P.).

Este trabajo tiene como finalidad analizar 59 TLAP, observaciones en 37 niños y adolescentes y estudiar más particularmente el diagnóstico y el tratamiento. Normalmente el proceso antero-interno del calcáneo es corto y redondeado y se detiene a una distancia de 5 a 10 mm del escafoides. En estas condiciones anatómicas un movimiento de supinación produce un fenómeno en el cual el proceso se encontrará encerrado entre el cuboides y la cabeza del astrágalo, entonces el cartílago se puede encontrar lesionado. La frecuencia de esta forma bilateral, la asociación posible de una sinostosis a nivel del otro pie, la existencia de casos familiares incita a los autores a pensar que el T.L.A.P. es una anomalía congénita y hereditaria del tarso como se sugiere para la sinostosis.

Se puede pensar que la sinostosis calcáneo escafoidea y el tarso representan dos tipos de errores en la región mesenquimatosa que separa normalmente los huesos del tarso en la vida fetal, este defecto de regresión afecta al escafoides en la sinostosis calcáneo escafoidea o el calcáneo en T.L.A.P.

La predominancia femenina en esta serie no parece estar ligada al sexo. Esta predominancia parece ser mucho más relacionable con la laxitud observada en las niñas, laxitud que las predispone a movimientos incontrolados de inversión. Esta lesión cartilaginosa explica el dolor y la rigidez de las articulaciones. La recidiva de accidentes de inestabilidad podrían explicarse por el dolor que suprime todo control propioceptivo. Los signos clínicos son prácticamente los mismos, al examen, los movimientos de inversión y de eversión están limitados y el dolor se provoca a la presión del seno del tarso. Existe a veces un pie contracturado, el diagnóstico se debe hacer con una radiografía dorsoplantar con una incidencia oblicua. Los autores han revisado 59 casos de procesos antero internos exageradamente largos en 37 niños y adolescentes. Ellos insisten sobre la frecuencia de un retardo en el diagnóstico que puede ser hecho con una simple radiografía oblicua que se debería pedir frente a un esguince residual de tobillo o a dolor y rigidez en la región posterior del tarso. Cuando se tiene el diagnóstico, se hace la inmovilización con un yeso por 4 semanas completada por una protección por bandas durante 6 semanas lo que puede aportar la sedación definitiva del dolor. Frente a los síntomas de persistencia al dolor que son muy variados o después del fracaso de un tratamiento conservador la resección puede ser propuesta, ella ha dado buenos resultados en 23 casos sobre 25, con un seguimiento de 5 años y medio cuando el pie está contracturado en razón de la lesión artrósica avanzada la doble artrodesis es preferible a la simple resección. Concluyen los autores diciendo que el proceso antero interno demasiado largo en el niño es una anomalía que se debe conocer como tal como causa posible de un conflicto parcial y se debe pensar frente a un esguince a repetición en los niños y adolescentes. Una incidencia oblicua del pie es suficiente para un diagnóstico en la mayor parte de los casos ser de elección. En caso de fracaso la resección da buenos resultados. La artrodesis es la sola solución en los casos de pie contracturado o de lesiones cartilaginosas degenerativas.

4- Condrolisis rápida después de una menisectomía externa artroscópica.

Autor: O. Charrois, X. Aísla, P. Beaufils.

Lugar: Revue de Chirurgie Orthopedique 1998, 84, 88-92.

El seguimiento y el resultado alejado de las menisectomías externas son a la inversa de las menisectomías internas de mala reputación. La artroscopia no ha modificado fundamentalmente este hecho. Los resultados publicados difíciles en el compartimento externo: dolor, hidroartrosis, necesidades frecuentes, infiltraciones, así como una evolución radiológica menos favorable a lo largo del tiempo. Los autores reportan 4 casos de una complicación rara y grave en la condrolisis rápida después de una menisectomía externa

artoscópica. No vamos a detallar las cuatro observaciones ya que tienen elementos en común.

Las cuatro observaciones reportadas permiten reconocer ciertas características en común. Los pacientes eran jóvenes deportistas y presentaban una lesión de menisco externo, en dos casos lesión vertical y en los otros dos casos horizontal. Hecho muy importante, el cartílago del compartimiento externo es normal en el momento de la primera artroscopia.

Todas las menisectomías fueron practicadas por un cirujano señor sin lesión iatrogénica del cartílago. En el seguimiento se remarca el dolor y sobre todo una hidroartrosis persistente frente a las infiltraciones de corticoides. Una nueva artroscopia fue practicada, la cual permitió constatar la ausencia de lesiones significativas sobre el resto del menisco. Numerosos pequeños fragmentos cartilaginosos flotaban en la articulación y una condropatía en esdadío 3 o 4 en espejo a nivel del cóndilo externo. Un pinzamiento externo es siempre constatado sobre las radiografías comparativas en apoyo en flexión en 30 grados. En la literatura sólo Thal describió un caso de condrolisis rápida de compartimiento fémorotibial externo en el seguimiento de una menisectomía. La historia clínica y los efectos artroscópicos son semejantes a nuestras observaciones, pero el autor reporta esta complicación con la utilización del láser. De las cuatro menisectomías reportadas aquí, una sola había sido efectuada con la ayuda del láser Hoyang. No nos parece por lo tanto que este pueda ser la causa. Esta condrolisis del cartílago deberá ser distinguida de los casos de condrolisis rápida que se ven como consecuencia después de un tratamiento de una lesión meniscal asociada a una condropatía preexistente que se puede asociar más comúnmente en compartimiento interno.

La revisión de las principales publicaciones concernientes a las complicaciones de la menisectomías artroscópicas y más particularmente de las de menisco externo aportan algunos elementos de reflexión. El seguimiento inmediato de menisectomías externas son más frecuentemente complicadas. Se señala un 28% de hidroartrosis y se debe recurrir más frecuentemente a las infiltraciones. Frank confirma la mayor frecuencia de reartroscopia después de menisectomía externa a mayor tiempo; Juareguito ha notado un score desfavorable en las menisectomías a largo plazo con un 62% de bueno y excelente resultado y un 48% mantienen su mismo nivel de actividad con un seguimiento a 5 u 8 años. Pero no han observado diferencias significativas en sus radiografías entre la rodilla operada y la contra lateral pero es de remarcar que sus radiografías no fueron tomadas con apoyo en flexión de 30 grados. Los autores han observado un 35% de cambios radiológicos importantes después de 5 años, donde en la mitad había un pinzamiento articular. Esta evolución desfavorable es sin duda atribuida a la importancia mecánica y cinemática del menisco externo más móvil que el interno que asegura la congruencia de las dos superficies articulares convexas. Ninguna publicación sobre condrolisis rápida después de una menisectomía fue hecha. Una teoría séptica o tóxica (reacción a los antisépticos cutáneos por ej: clorhexidine) debe ser eliminada debido a que la lesión está solamente localizada en el compartimiento fémorotibial externo. Las causas parecen ser entonces mecánicas. Ninguna explicación fisiopatológica nos parece poder actualmente explicar y rededir esta complicación rara y severa. Por lo tanto como no hay una condrolisis rápida sin hidroartrosis uno debe pensar si la frecuencia de esa artrosis post menisectomía externa no

corresponde a condrolisis moderada no diagnosticada (lo que explicaría la frecuencia de pinzamiento articular).

La condrolisis rápida es una complicación rara y grave de la menisectomía externa, su fisiopatología es desconocida, parecería ser independiente de los medios utilizados para la menisectomía (mecánico, motorizados o láser). Su frecuencia probablemente subestimada. Ella representa una urgencia diagnóstica y terapéutica y debe ser pensada frente a la persistencia de una hidroartrosis persistente o una menisectomía externa. El diagnóstico se constata por un pinzamiento precoz de la interlínea fémorotibial externa según la radiografía comparativa en flexión con apoyo en 30 grados. El tratamiento óptimo parecería ser la asociación terapéutica siguiente: lavado articular, infiltración de corticoides y poner en descarga prolongada al miembro inferior hasta que la rodilla deje de producir reacciones articulares.

5- Interés de la resonancia nuclear magnética R.N.M. en el diagnóstico del osículo meniscal.

Autor: F. Defaux, Ph. Cotty, J. F. Lacour, F. Fabaron, F. Picot, P. Vandermarcg.

Lugar: Revue de Chirurgie Orthopedique 1998, 84, 93-96.

El osículo meniscal es una anomalía rara en los hombros mientras que es muy frecuente de encontrar en los animales. El diagnóstico es difícil de hacer sobre la radiografía estándar donde es a menudo confundible con un cuerpo libre intraarticular, el osículo tiene una presentación característica en la resonancia nuclear magnética donde el interés del osículo meniscal ha sido recientemente puesto a punto por Ogden, Schnarkowski, Tuite, Yao y Yu. Los autores reportan dos observaciones: el osículo meniscal es una anomalía cuyo origen aparece discutido. La teoría vestigial se basa sobre la gran frecuencia que esta anomalía se encuentra en los animales sobre todo en los ratones, la otra teoría, traumática se apoya sobre numerosas observaciones documentadas por radiografías, biosículos que aparecen en el mes o en los años que sobrevienen a un traumatismo, otros autores han avanzado sobre la hipótesis de una avulsión ósea en una inserción del cuerpo posterior del menisco interno.

El osículo es raramente asintomático, un dolor intermitente es lo más frecuentemente reportado. Los episodios de bloqueo son raros. Esta noción es importante para aquellos pacientes que tienen anomalías radiológicas y que se hacen evocar a menudo a cuerpos libres intraarticulares como se veía en el caso que muestran los autores.

En el examen clínico, hay ausencia de signos meniscales frecuentemente normales a veces se puede observar una limitación de la flexión o una limitación de la extensión.

Formado por hueso esponjoso finamente rodeado por una cortical, el osículo se ubica más frecuentemente en el segmento posterior del menisco interno. El cuerno anterior y el cuerno

posterior del menisco interno puede hacer sospechar el diagnóstico. Para Yu una forma groseramente triangular sería igualmente evocadora del osículo. Antes de la aparición de la resonancia nuclear magnética, el diagnóstico de certeza era obtenido por artrotomía más recientemente por artroscopia. Muchas observaciones recientes han señalado el interés de la resonancia nuclear magnética para el diagnóstico del osículo. El estudio de la resonancia nuclear magnética en los tres planos del espacio muestra sin ninguna duda la situación intrameniscal del osículo, esta imagen de osificación, de señal idéntica a la de la médula ósea, recubierta por un segmento meniscal parece ser totalmente específica y es suficiente para pensar en esta patología misma si en la radiografía hay ausencia de correlación.

Una lesión meniscal es bastante a menudo asociada al osículo. Si no hay una lesión meniscal la actividad terapéutica del osículo sintomático varía según los criterios de los diferentes cirujanos: en una menisectomía total después de una artrotomía que ha sido abandonada por la resección artroscópica o tratamientos más conservadores por inmovilización y antiinflamatorios. Estos autores reportan dos nuevas observaciones del osículo meniscal. Sobre las radiografías estándares, estas anomalías se proyectan en la región del segmento posterior del menisco interno. La resonancia nuclear magnética permite afirmar el diagnóstico de osículo objetivando la localización intrameniscal del osículo. Los pacientes presentados en esta observación tenían fisuras meniscales. Los dos pacientes se negaron a un tratamiento artroscópico.

6- Inestabilidad crónica de la articulación tibio-perónea proximal: Ligamentoplastía con el hemi-tendón del bíceps según Weinert y Giachino.

Autores: J- F. Cazeneuve, H. Bracq

Lugar: Revue de Chirurgie Orthopedique 1998, 84,84-87.

La inestabilidad crónica de la articulación tibioperónea proximal es una patología rara poco conocida.

Las diferentes posibilidades quirúrgicas son: la resección de la cabeza del peroné, la artrodesis de la articulación tibio-perónea proximal con o sin resección del peroné, la ligamentoplastía con el hemi-tendón del bíceps según Weinert y Giachino. La diversidad de tratamientos quirúrgicos reportados para esta patología rara nos conduce a pensar que actualmente no existe ninguno lo suficientemente bueno. Los autores reportan tres casos en jóvenes, dos hombres y una mujer. Los tres casos fueron operados con la técnica de la ligamentoplastía con el hemitendón del bíceps con lo que evitaron inconvenientes de los otros métodos terapéuticos.

La inestabilidad crónica de la articulación tibioperónea proximal es una patología rara (menos de 50 casos publicados en la literatura). Esta patología es a menudo mal conocida a pesar que la simple palpación de la cabeza del peroné permite reconocerla. Desde el punto

de vista anatómico la articulación tibio-perónea proximal es una artrodia. Dos morfotipos se pueden conocer: 1- la congruencia de esta articulación es débil y la movilidad importante cuando la implantación de esta articulación es posterior a la tibia y el interlínea es horizontal, 2- la congruencia es importante y la movilidad débil cuando la implantación de la articulación es tibial pósterio externa y la interlínea vertical.

El primer tratamiento quirúrgico propuesto consistía en la resección aislada de la cabeza del peroné. Esta resección realizada sin interrupción del plano ligamentario externo ni desinserción de la porción del bíceps creaba un defecto de partes blandas y una laxitud externa. Ella necesitaba por otra parte una disección extensiva con un riesgo de lesión del nervio ciático poplíteo externo. Parece ser que su indicación es la luxación crónica superior a menudo asociada a una fractura de platillo tibial externo. Esta técnica permite en ese caso preservar la movilidad del peroné en los movimientos de flexotensión del tobillo. El segundo tratamiento propuesto consistía en una artrodesis aislada de la articulación tibio perónea proximal estabilizada por dos tornillos, esta intervención bloquea totalmente los movimientos del peroné y limita de forma notable la movilidad del tobillo. En el post operatorio un yeso cruropedio es necesario durante cinco semanas a fin de permitir la consolidación de la artrodesis y el apoyo completo recién se autoriza a las ocho semanas. El tratamiento consiste en una artrodesis de la articulación tibio perónea proximal asociada a una resección distal del peroné. Esta intervención permite estabilizar la articulación tibio perónea proximal sin tener los inconvenientes de los dos métodos anteriores, el principio básico de esta técnica presenta similitudes con la técnica Suave-Kapandji. En el post operatorio una bota enyesada fue conservada 45 días, con esta técnica se observan dolores post operatorios sobre la zona de resección y del peroné que podrían durar 6 meses, esa técnica permitía estabilizar la articulación tibio perónea superior sin disminuir la movilidad del tobillo, esta técnica necesita la fusión de una articulación en sujetos jóvenes como crítica. El cuarto tratamiento es un tratamiento conservador que no necesita ninguna artrodesis y ninguna resección ósea ya sea la cabeza o del cuerpo del peroné, para Weinert la técnica operatoria comprende tres fases: a) el tendón del bíceps es seccionado longitudinalmente sobre 7 cm, la mitad posterior es seccionada en la proximal inmovilizada, b) la segunda fase consiste en el pasaje del injerto tendinoso de atrás hacia delante a nivel de la mitad de la tibia y c) el último paso consiste en una sutura a nivel del periostio tibial anterior bajo tensión del tendón después de reducir la cabeza del peroné.

Una inmovilización complementaria de 5 semanas es confeccionada.

Esta técnica permite preservar la función fisiológica del peroné y evitar las complicaciones de las resecciones y las artrodesis. Pero por supuesto, esta técnica se expone a una distensión progresiva de uno o de los trasplantes a la recidiva. Esta técnica permite obtener estabilidad e indolencia. Nos debemos hacer esta pregunta: si los resultados a largo término de esta ligamentoplastia son tan buenos como parecen ser los mostrados a corto plazo.

7- Lesiones del reborde glenoide asociado con luxación recurrente anterior del hombro.

Autor: Louis U. Bigliani, Peter M. Newton, Scott P. Steinmsnn y Colab.

Lugar: The American Journal of Sports Medicine, 1998, Vol. 26, Nro 1, 41-45.

El objetivo de este trabajo fue: 1- examinar una serie de pacientes con dislocación anterior recurrente y lesiones anteriores del rodete glenoideo para desarrollar una sistemática clasificación de lesiones, 2- evaluar la técnica de diagnóstico radiográfico usada para detectar estas lesiones y 3- analizar los resultados de la cirugía.

Entre 1981 y 1987, 22 de los 200 pacientes (11%) tratados quirúrgicamente tuvieron una dislocación recurrente anterior o una inestabilidad anteroinferior con una lesión del rebote anterior de la glena identificados en el momento de la cirugía. Estos 22 pacientes (25 hombros), 21 eran hombres y una mujer con un promedio de 24 años (rango entre 17 y 48 años). Cada uno de estos 22 pacientes (25 hombros) habían tenido un traumatismo inicial que les causó una luxación anterior de hombro. Los pacientes fueron evaluados con un seguimiento promedio de 30 meses (rango 24 a 72). Los resultados fueron analizados y clasificados según el criterio de Neer y cols. con respecto al dolor, función, estabilidad y rango activo en movilidad, en excelentes, bueno, regular y pobre fueron los valores asignados para cada uno de estos parámetros. Los autores hacen referencia a la rehabilitación inicial y al post operatorio. Las lesiones fueron clasificadas en tres tipos de acuerdo al hallazgo radiológico: tipo 1, fractura con avulsión desplazada con la cápsula unida, tipo 2, desplazamiento medial de un fragmento mal unido al borde de la glena, tipo 3, erosión del borde de la glena con un déficit menor del 25% (tipo 3 A) o mayor al 25% (tipo 3 B). Las radiografías simples revelaron una lesión del borde anterior de la glena en 19 hombros (76%). Sin embargo en 9 de estos 19 hombros la lesión no fue bien realizada para este tipo de lesión. El número más alto de lesiones encontradas en las radiografías simples 60%, fue hallado en las vistas en rotación externa antero posterior. La vista axial identificó 10 lesiones (40%), sin embargo muchas de estas imágenes fueron vistas axiales estandar no proyecciones de West Point. 18 hombros, el 72% demostraron un defecto de Hill Sach en la vista en rotación interna antero posterior.

La incidencia de fracturas del borde anterior de la glena asociada con la luxación anterior ha sido del rango del 5,4 al 32%. La incidencia de los autores de fracturas glenoideas en pacientes tratados quirúrgicamente es menor que en otros estudios de otros autores. Sin embargo, la vista axiliar no fue obtenida en todos los pacientes y debido a este estudio incluyó solamente aquellos hombros en los cuales una lesión significativa podría ser identificada. Una razón de la disparidad en la incidencia de fracturas glenoideas encontradas podría ser la dificultad de obtener vistas radiográficas precisas del borde interior de la glena. En este estudio surgieron vistas axiales, transescapulares, laterales, anteroposteriores en rotación interna neutra, en rotación externa y encontramos la vista en rotación externa y encontramos la vista en rotación externa anteroposterior como la de mayor diagnóstico. Antes de este estudio los autores esperaban que la vista axial fuese la proyección más precisa. Sin embargo estas vistas no fueron vistas axiales de West Point verdaderas. Aunque la vista axial de West Point es de gran ayuda los autores tuvieron dificultades en la obtención precisa de la proyección West Point. Las tomografías artrografías computarizadas dieron las mejores visualizaciones de la fractura y produjeron

el más alto grado de diagnóstico en este estudio. Los reportes de la literatura radiológica han hecho referencia a la efectividad de la tomografía computada en la evaluación de las anomalías del borde de la glena, incluyendo las fracturas asociadas con inestabilidad.

La restauración quirúrgica de la integridad capsular media y la capsulofia de rafia demostró ser efectiva en el tratamiento de la mayoría de nuestros pacientes. El tratamiento elegido se basó en anatomía asociada y fue independiente de tamaño de la fractura. En 16 fracturas de tipo 1 tanto el fragmento óseo como la cápsula fueron reunidos al borde de la glena. En 5 lesiones tipo 2 y 3 tipo3a solamente la cápsula fue reparada al borde remanente de la glena. En la única lesión tipo3b una transferencia coracoidea fue realizada debido a una gran deficiencia en la glena anterior.

La mayoría de los reportes de fallas debido a la luxación recurrente post operatoria han sido del rango del 2 al 10% después de la estabilización abierta para una luxación recurrente anterior. El 12% de las recidivas post operatorias en esta serie es levemente más alto. De los tres resultados fallidos en esta serie dos pacientes respondieron al tratamiento no operatorio y el tercer paciente requirió un revisión de la estabilidad. Los tres tuvieron resultados fallidos significativos después de traumas relacionados con el deporte y cada uno tuvo un gran defecto de Hill Sach que fue diagnosticado por radiografía. Ninguno de estos tres pacientes tuvieron laxitud ligamentaria generalizada o cortos períodos de inmovilización post operatorio. Cuando cotejamos el alto grado de luxaciones recurrentes en nuestro estudio, comparándolo con aquellos hallados en otros trabajos, observamos que parecería que, los atletas tienen un alto riesgo de dislocación recurrente después de la cirugía.

Si bien no son frecuentemente reportadas, las lesiones del borde de la glena no son poco frecuentemente halladas en pacientes con luxación anterior recurrente. Nuestro estudio tuvo 22 pacientes 11% con 25 lesiones del borde de la glena de un grupo de 200 pacientes con luxación anterior recurrente del hombro. Estos pacientes tuvieron historias de traumas significativas relacionados con el deporte. Si a los 200 pacientes se les hubiese realizado un gran espectro de evaluación radiográfica, un gran número de lesiones del borde anterior de la glena podrían haber sido identificadas. Como fue visto por los investigadores previos, la tomografía computada parece proveer un muy efectivo valor radiográfico para detectar la fractura. El tratamiento quirúrgico que envuelve la reconstrucción capsular antero inferior provee buenos resultados en la mayoría de los pacientes. Los autores, además de detallar las posibles causas de errores de diagnóstico en la lesión al reborde anterior de la glena, hacen una clasificación con fundamentos terapéuticos, concluyen diciendo que la radiografía antero posterior con rotación externa es de más utilidad para la lesión del reborde anterior inferior de la glena, así como las radiografías antero posterior en rotación interna son de elección para las lesiones de Hill Sach y revalorizan la tomografía axial computada como método de elección para evaluar los detalles, el tamaño y el desplazamiento de la lesión del reborde de la glena.

8- Incisión única, usando tendón rotuliano (auto injerto) en la reconstrucción endoscópica del L.C.A.

Autor: Bernard R. Bach, Matthew E. Levy, Jhon Bojchuk y colab.

Lugar: The American Journal of Sports Medicine, 1998, Vol. 26, Nro 1, 30-40.

Los autores llevaron a cabo un estudio retrospectivo, mínimo dos años de seguimiento, para evaluar la eficiencia de la técnica de una sola incisión endoscópica en la reconstrucción del ligamento cruzado anterior, usando el tendón patelar (auto injerto) sin aumentación extraarticular y seguido por una rehabilitación acelerada. 103 pacientes fueron evaluados (promedio de seguimiento 38 meses rango 24 a 55 meses).

El objetivo de este estudio fue revisar la experiencia inicial en la reconstrucción del ligamento cruzado anterior con una técnica artroscópica de incisión simple usando un tendón rotuliano auto injerto fijado en completa extensión. La hipótesis de los autores era que buenos resultados podrían ser obtenidos usando esta técnica combinada con una rápida movilización y carga del peso corporal. Objetivos adicionales de este estudio fueron valor la función del ligamento cruzado anterior reconstruido, para comparar escalas de test post operatorios y para evaluar la satisfacción de los pacientes. Ningún paciente fue operado hasta tanto la movilidad fuese normal y hubiese mínima o ninguna hidroartrosis. El promedio de hospitalización fue 1,3 días. En el hospital los pacientes usaron movilizador. La carga completa del peso corporal fue permitida inmediatamente después de la cirugía. Una rodillera trabada en extensión completa se usó durante las primeras 6 semanas del post operatorio para proteger el sitio donante. Esta rodillera era movida durante los ejercicios de movilidad. El confort del paciente fue utilizado como criterio para el abandono de las muletas, lo cual ocurrió generalmente una semana después de la cirugía. Un programa de rehabilitación estándar fue dado a los pacientes de forma tal que ellos pudiesen llevarlo a cabo por sí mismo en algún lugar fuera del hospital. Este programa fue iniciado dentro de la primera semana del post operatorio. En general, el ciclismo fue permitido a la segunda semana, el uso de las escaleras entre la 4 y la 6 semana, trote en línea recta entre la 12 y 16 semanas y el retorno gradual a la práctica deportiva entre el cuarto y sexto mes. Algunos pacientes fueron autorizados a retornar más tempranamente al deporte se progresaron más rápidamente. El protocolo de rehabilitación no fue modificado para aquellos pacientes que sufrieron reparaciones meniscales.

Este estudio demuestra que una técnica endoscópica para la reconstrucción de ligamento usando el tercio central del tendón patelar fijado en completa extensión resulta en una confiable estabilidad combinada con un protocolo post operatorio que incluyó inmediata carga del peso corporal y movilización. La incidencia de un pivot shift positivo fue del 9%. De estas rodillas que demostraron un resultado anormal en el pivot shift fueron todos grados uno. El grado de estabilidad es comparable con aquellos otros estudios de reconstrucciones de ligamento cruzado anterior, no obstante el hecho que los pacientes fueron sometidos a un programa de rehabilitación acelerada, se les permitió completar carga del peso corporal y el injerto fue asegurado en completa extensión.

El alto porcentaje de pacientes que demostraron un pivó negativo durante las evaluaciones que fueron realizadas durante el seguimiento confirman la opinión de los autores que la aumentación extraarticular no es necesaria. Estos resultados concuerdan con los de O'Brien, She Boureg, Aglietti, Bach y Scaglioni. Los síntomas de dolor latero femoral luego de la reconstrucción de ligamento cruzado anterior han recibido consideraciones atenciones. El dolor femoral ha sido atribuido a un pre existente enfermedad del cartílago, daño articular al tiempo de la reconstrucción, rango de movilidad pre operatoria, violación del mecanismo extensor, sutura de la zona dadora del tendón patelar, el tiempo del torniquete, contracturas en flexión durante el post operatorio, e inapropiada rehabilitación. Wiess revisó los síntomas de dolor patelar en sus pacientes (50 tendones, 37 tendones patelares de banco y 50 tendones patelares auto injerto). La incidencia de dolor patelar fue del 17%, 14% y 26% respectivamente en el pre operatorio y del 14%, 22% y 47% respectivamente en el post operatorio.

En este estudio 14 pacientes (14%) tuvieron dolor patelo femoral, definido como dificultad para ascender o descender escaleras. En nuestro trabajo previo sobre la reconstrucción del ligamento cruzado anterior con una técnica artoscópica de doble incisión asistida usando el tendón patelar con auto injerto, 18% de los pacientes tuvieron moderados síntomas de dolor patelar en el ascenso de escaleras.

La baja incidencia de dolor patelar notada en este estudio contrasta con otros estudios que usaron tendón patelar con auto injerto. Esta baja incidencia obedece a varios factores. Intraoperatoriamente, el defecto patelar es injertado con hueso, la incisión del tendón patelar se aproxima y el injerto es asegurado en completa extensión para abolir una sobre tensión de la rodilla. En el post operatorio, todos los pacientes fueron enrolados en un programa de rehabilitación acelerado que enfatizó el fortalecimiento del cuádriceps, la movilización patelar y la obtención de la extensión completa. La rehabilitación se centró en ejercicios de cadena cinemática abierta con el cuádriceps fueron utilizados minimamente. En general es interesante notar que los pacientes manifestaron que los síntomas de dolor patelar se disiparon con el tiempo.

Los autores hacen comparaciones con otros artículos donde se discute la diferencia entre la incisión simple y la doble incisión, entre los que se destacan los trabajos de Scaglioni, Schwartz, Harner, Arciero y O'Neel donde no se demuestra diferencias significativas. Los autores concluyen diciendo que sus datos demuestran buenos resultados con la utilización de la técnica de simple incisión para la reconstrucción de ligamento cruzado anterior con un tendón patelar auto injertado fijado en extensión. Confiable estabilidad, excelente movilidad, escala de rating post operatoria favorable, baja incidencia del dolor patelar y excelente satisfacción subjetiva del paciente; nos lleva a concluir que esta técnica provee una razonable alternativa para la reconstrucción del ligamento cruzado anterior. Entendiendo que este es un seguimiento a corto plazo y que una observación rigurosa de estos pacientes es necesaria a largo plazo, los autores se proponen realizar este grupo a un intervalo mínimo de 5 años.