

INESTABILIDAD POSTEROLATERAL DE RODILLA EN FUTBOLISTAS. **Nuevos avances en LCP y angulo postero-externo.**

2011

Dr. Vicente Paús.

DEFINICION

El PAPE (ángulo postero externo) impide la traslación postero externa de la tibia, el varo y la rotación externa.

La deficiencia del PAPE produce una apertura en varo y un aumento de la rotación externa de la tibia con traslación posterior de la misma.

Esta insuficiencia aumenta las fuerzas en rotación interna sobre el LCA y en rotación externa sobre el LCP.

ESTRUCTURAS

✓ 3 planos anatómicos

• 1er. Línea:

Banda iliotibial

Biceps femoral

• 2da. Línea:

Retináculo cuadricepsital y lig. rotuliano femoral externo.

✓ 3er. Línea:

- LLE → lucha contra el varo

-Tendón del poplíteo

- Lig. poplíteo peroneo

- Lig. fabelo peroneo

post. externa de la tibia

- Lig. arcuato

- Cápsula articular y unión meniscal

luchan contra la rot. externa y la caída

El LLE es el principal estabilizador estático en varo entre 0 y 30° y el músculo poplíteo y el complejo tendinoso post. ext. dan estabilidad estática y dinámica sobre la rotación post. Ext.

CLASIFICACION

TIEMPO: - Agudas (0 – 2 sem.)
- Crónicas (no diagnosticadas - no tratadas recidivadas)

MECANISMO: Traumatismo antero interno
Varo forzado con o sin contacto
Hiperextensión brusca con o sin contacto

INESTABILIDAD: - Aisladas (poco frecuentes)
- Combinadas (multidireccional)

GRADOS: - I: 0 – 5mm Parcial
- I: 0 – 5mm |
- III: + 10 mm Total

La educación para el examen clínico debe ser hecha ya que un alto porcentaje no se diagnostica inicialmente llevando al fracaso de las plásticas de reconstrucción del pívot central.

EPIDEMIOLOGIA

EXAMEN FISICO

- Mecanismo -Traumatismo antero interno
-Varo forzado con o sin contacto
-Hiperextensión brusca con o sin contacto

- Reacción articular – dolor- sensación de inestabilidad

- Marcha – eje.

Ante una lesión de PAPE, descartar siempre una luxación oculta o reducida espontáneamente, lesiones vasculares (4.8%) y nerviosas (CPE 15%)

- ✓ Consideramos que no hay una maniobra semiológica que por si sola defina una inestabilidad rotatoria.

- ✓ El examen de la estabilidad debe comenzar por los test gravitacionales para evitar caer en el clásico error del cajón anterior falso – positivo
- ✓ El Reverse Pivot – Shift (Jakob) debe diferenciarse del Pívo Shift en rotación externa. El primero es el testimonio de una laxitud postero-externa, mientras que el segundo nos muestra una “globalización” de una laxitud anterior mayor con distensión del PAPI
- ✓ El Cajón Posterior deberá ser tomado en las 3 posiciones: neutro, rot. interna, y rot. externa para testear además del LCP el PAPE y el PAPI, variando en cada caso la interpretación del tipo de laxitud.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- ✓ Rx simples (Fte. – Perfil – Axial -Oblicuas)

Rx con stress: - Cajón post. – Telos a 30 y 80 grados de flexion
- Varo / valgo 0-30º
- Pivot - reverse pivot

- ✓ RMN
- ✓

Examen bajo anestesia

CONDUCTA TERAPEUTICA

Lesiones Agudas - Aisladas

Las estructuras cordonales, pivot central y LLE dentro de un yeso no tienen ninguna perspectiva de curación.

- Las técnicas de reparación anatómicas del PAPE dependerán de las diferentes localizaciones (prox., distal o sustancia) +/- aumentación con fascia lata (si no hay deseje en varo) o con tendón del biceps.
- Debe hacerse dentro de la 1er.semana para poder identificar claramente los planos anatómicos.
- Si se diagnostica una parálisis preoperatoria del nervio CPE tener en el equipo un micro-cirujano para su reparación y evaluar la posibilidad de una transferencia tendinosa en el pie en agudo o diferida
- Lesiones asociadas intraarticulares deben ser tratadas en todos los casos por vía artroscópica sin utilizar bomba de irrigación.

POST OPERATORIO

- ✓ Inmovilización rígida.
- Cruropedio en 30º de flexión y en rotación interna 4 semanas
- Férula en extensión 2 semanas

TIEMPO TOTAL DE INMOVILIZACIÓN: 6 SEMANAS

En la rehabilitación se debe evitar el estiramiento de las estructuras reparadas para no alterar el proceso de cicatrización de las mismas.

CONDUCTA TERAPEUTICA

- Lesiones Crónicas – Aisladas.

La reconstrucción PAPE suele ser compleja ya que incluye un componente rotatorio, varo y traslación postero externa.

Se han desarrollado numerosas técnicas de reconstrucción pero ninguna ha tenido un éxito universal.

A cada maniobra semiológica positiva le oponemos un gesto terapéutico, tratando de restablecer la anatomía y la función de la rodilla.

CONTROVERSIAS

- ✓ Lesiones Crónicas – Aisladas.

Técnicas quirúrgicas

- Retensado o avance de las estructuras del PAPE
- Tenodesis con Biceps
- Reconstrucción de las principales estructuras anatómicas (LLE, Tendón del Poplíteo, Lig. Poplíteo – Peroneo)
- Osteotomías

La reconstrucción del tendón del poplíteo puede prevenir la inestabilidad en rotación externa.

La reconstrucción del LLE previene el varo.

Técnicas quirúrgicas

Revisamos 20 reparaciones con técnica Petit Poplite de Bousquet y en 13 casos se observó la ineficiencia de la plástica



Conclusiones

- ✓ Las lesiones del PAPE deben ser siempre reparadas en agudo
 - Las nuevas técnicas de reconstrucción anatómicas no tienen un seguimiento suficiente que las avalen.

- ✓ Las lesiones del PAPE no diagnosticadas pueden causar inestabilidades multi - direccionales y hacer fracasar la reconstrucción del pivot central.
 - Para la perspectiva de los pacientes, la limitación funcional y la inestabilidad son lo más importante, es ahí donde debe ir la investigación Clínica.