



REVISION L.C.A.

PLANIFICACIÓN PRE-OPERATORIA.

SELECCIÓN DEL INJERTO. TÚNELES. FIJACIONES.

2011

Dr. Vicente Paús

PLANIFICACIÓN PRE-OPERATORIA:

1-Paciente: selección de la indicación

El análisis pre-operatorio con el paciente para delimitar los “síntomas” y las posibilidades de que una nueva operación pueda realmente cumplir con los Objetivos.

La estabilidad puede mejorar pero los dolores de origen degenerativos habitualmente persisten.

El objetivo es restablecer una actividad cotidiana normal sin poder “garantizar” el retorno deportivo al mismo nivel de competencia.

Si como consecuencia de la extracción del material queda una pérdida de sustancia mayor un injerto óseo se deberá hacer en un tiempo y el nuevo ligamento se propondrá luego que se reconstruya el stock óseo, el paciente debe conocer con antelación esta posibilidad.

Se deben analizar siempre las causas del Fracaso:

A-del transplante. B-tipo de laxitud asociada inicialmente que no se tuvieron en cuenta y degradaron el injerto (postero-externa o interna). C-conflicto anterior asociado a una rodilla en flexión (tensión excesiva del transplante, mala posición de los túneles, injerto muy voluminoso, intercondilo estrecho, interposición anterior-Síndrome de cílope).D-lesiones meniscales asociadas no tratadas. E-Síntomas femoro-patelares. F-lesiones degenerativas femoro tibiales (desde una condropatía a una verdadera artrosis).

Solicitamos: 1-protocolo operatorio.

2- Rx estándar con apoyo frente,perfil en extensión, axial, túnel intercondileo.

3-Rx telepangoneometría bilateral de rodillas para ver el Morfotipo y Rx con estrés para ver el compartimento contra lateral.

4-R.N.M para evaluar lesiones asociadas.

5- T.A.C con reconstrucción para tener mejor precisión de los túneles óseos.



6-Centellograma, en los casos de presunción de algodistrofia o de proceso infecciosos no claros.

2-Cirujano:

¿Estoy en condiciones para hacer una revisión?.

¿Artroscopia o cirugía convencional?

Acá hay a mi entender una marcada diferencia entre los cirujanos ortopedistas formados antes de la década del 90 y después. Ni mejor ni peor, simplemente considero que aquel cirujano que no tenga la posibilidad de conocer todas las vías de abordaje de la rodilla y tener la posibilidad sin titubeos de hacer una reconversión de un procedimiento artroscópico a cielo abierto y asociar otras platicas de aumentación NO podrá pensar en hacer una revisión.

3-Infraestructura:

¿Tengo la infraestructura necesaria?

Puedo ser un brillante cirujano pero si No tengo todos los elementos, no debo tratar de hacer una revisión.

Radioscopia intra operatorio o al menos Rx portátil, los destornilladores adecuados dos o más , mechas huecas, guías y camisas para los tornillos , extractores de diversa marca , ópticas varias, camisa de flujo rápido, bomba de irrigación, alternativas de Shaiver, imán, etc.

TIPO DE REVISION:

PROPIAS: 1-Mac.Intosh-Marshall con o sin aumentación L.AD
2- H-T-H técnica de Morgan.
3- Lemaire.

VARIAS: 1-Retensado LCA- con grampa.
2- Injerto incorporado pero sin tensión.
3-H-T-H rotura post traumática.
4-Isquiotibiales (doble-cuádruple).
5- Sintéticos: permanentes, de aumentación, de integración .



SELECCIÓN DEL INJERTO:

Alternativas: A- Autoinjerto.

B- Aloinjerto.

C- Sintético.

- Nosotros utilizamos en nuestro medio los autoinjertos.
- Esto puede ser homo o contra lateral.
- Los injertos más utilizados por nosotros son el de H-T-H en primera línea, teniendo como alternativas al hueso tendón cuadriceps y a los isquiotibiales dobles (semitendinoso, recto interno) o cuádruple (semitendinoso) y la fascia lata.
- La selección final del injerto para la revisión del LCA depende del cirujano y del paciente.
- Se debe analizar las ventajas y desventajas de cada injerto para ese paciente.
- Si la estabilidad del injerto no nos satisface al final del procedimiento una plástica extra-articular tipo Lemaire asociamos, luego de haber tratado todas las otras lesiones asociadas.

NUNCA SACAR EL INJERTO ANTES DE LA TOILETTE ARTICULAR Y SIN SABER CUALES VAN A SER LAS NECESIDADES REALES.

TÚNELES:

Se debe analizar la necesidad real de la extracción del material, debido al tamaño de la cavidad que nos puede quedar.

Si el tornillo o el injerto óseo No se ubican sobre el Nuevo trayecto, No es necesaria la extracción del material y es inútil cuando hay riesgo de producir una pérdida de sustancia ósea que perjudicara la fijación del nuevo trasplante.

Si hay material sintético hay que retirarlo totalmente y eventual sinovectomía.

TÚNELES: Femorales: Adentro afuera.

Afuera adentro.

Tibial.

El error más común en el túnel femoral es que sea muy anterior o muy medial.

La corrección del túnel es dificultosa si hay "osteolisis" masiva.



¿Qué hacer?

- No retomar el túnel inicial-
- Retomar el orificio de entrada, pero el resto del túnel divergente a zona sana.
- Retomar la totalidad del túnel.

Se puede necesitar:

- Sobredimensionar el bloque óseo del injerto.
- Utilizar un segundo tornillo de interferencia.
- Sobre el cortical antero-interna de la tibia se puede sacar una pastilla ósea para relleno.

-Un túnel de afuera adentro se puede pensar para cruzar el nuevo túnel en un eje imposible de hacer por vía artroscópica. Para reproducir el trayecto over the top en los raros casos de túneles muy posteriores.

Para fijar el nuevo trasplante sobre la cortical externa con grampa o tornillo.

Para el túnel tibial se deben tener en cuenta también estos factores, los gestos asociados dependerán de la osteolisis y de la dimensión del túnel.

FIJACIÓN:

La "estabilidad de la fijación es un punto crítico en las revisiones.

Dependerá del tipo de trasplante elegido.

Se deberá tener más de una opción: -doble fijación (intra-medular y periférica).

- tornillos interferenciales (más largos y anchos).
- Transfix (tornillo perpendicular al eje del túnel femoral).
- Sistema endo-button.

Estos son los más utilizados en el fémur.

A nivel tibial se debe tener además: grampas simple o dobles, tornillos con arandelas y ethicon fuerte.

CONCLUSIÓN:

No hay una normalización para la revisión del LCA.

Cada caso merece un análisis único.