

# LUXACIÓN POSTEROLATERAL IRREDUCTIBLE DE RODILLA TRAS ACCIDENTE DE MOTOCICLETA.

**AUTORES:** Daniel Marín Puyalto, Paul Vicente Alonso de Armiño, Miguel Sanagustin Silano, Sarai Rebollo Gonzalez, M<sup>a</sup> Amparo Fontestad Utrillas, Marta Sancho Rodrigo.  
**Hospital General San Jorge, Huesca**

## INTRODUCCIÓN

La luxación irreductible de rodilla es una patología muy rara, con una incidencia anual de menos del 0,01%. Normalmente se trata de luxaciones posterolaterales y constituyen una urgencia ortopédica que requiere una apropiada evaluación y tratamiento, generalmente mediante cirugía abierta.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se reporta un caso de luxación posterolateral irreductible de rodilla, la información es obtenida través de la revisión de la historia clínica electrónica (OMI-AP®).

Paciente varón de 52 años de edad con antecedentes de hipertiroidismo y dislipemia que es traído a Urgencias por el 061 tras accidente de alta energía (moto).

A su llegada a urgencias el paciente se encuentra consciente, orientado y reactivo, con las constantes mantenidas y el dolor controlado con la analgesia administrada.

A la exploración se observa un aumento de perímetro de la pierna y deformidad ósea evidente en la rodilla izquierda con pinzamiento de la piel en la cara interna ("signo del hoyuelo"). Dolor generalizado a la palpación de la articulación con impotencia funcional. No alteraciones nerviosas distales. Pulsos pedio y tibial posterior presentes, con buen relleno capilar.

En las radiografías realizadas se aprecia una fractura de diáfisis proximal del peroné con luxación posterolateral de rodilla asociada. Se realizaron así mismo ECO-doppler y Angio-TAC de la extremidad inferior izquierda de urgencia que no mostraban alteraciones.

Se realiza intento de reducción cerrada imposible por la interposición de las partes blandas por lo que se interviene de manera urgente realizándose reducción abierta mediante artrotomía interna + colocación del fijador externo. La exploración neurovascular distal tras la reducción fue normal.

En un segundo tiempo se realizó una resonancia magnética que evidencia rotura completa del ligamento colateral medial, retináculo medial y cápsula articular de la cara medial de la rodilla; rotura parcial en ligamento cruzado anterior y esguince del ligamento cruzado posterior y ligamento colateral lateral.

Al mes se retira el fijador externo y se realiza artroscopia exploratoria que objetiva rotura completa del ligamento cruzado anterior y posterior y se interviene quirúrgicamente realizando plastia de ambos fascículos de ligamento colateral medial y ligamento oblicuo posterior utilizando plastia autóloga y aloinjerto de semitendinoso + reconstrucción de cápsula posteromedial y ligamento patelofemoral medial.

## RESULTADOS

El paciente evoluciona favorablemente, se coloca férula articular bloqueada a 70° de flexión y se permite deambulación en descarga con ayuda de muletas.

A los 4 meses se realiza reconstrucción del ligamento cruzado anterior mediante técnica Hueso-Tendón-Hueso de rodilla ipsilateral + reconstrucción del ligamento cruzado posterior con plastia de isquiotibiales de rodilla contralateral.

En la última revisión el paciente se encuentra sin dolor con un balance articular de 0/120°, por lo que se retira la férula, manteniendo una muleta y continuando con rehabilitación para corregir cojera y fortalecer musculatura.

## DISCUSIÓN

La luxación posterolateral de rodilla generalmente es causada por traumatismos de alta energía que producen estrés rotacional con desplazamiento posterior y lateral de la tibia. Cuando se dan estas condiciones, la interposición de las abundantes partes blandas dentro del espacio articular medial impide la reducción, tanto espontánea como cerrada, requiriendo una reducción quirúrgica.

Se produce la lesión de una o varias estructuras capsuloligamentosas de la rodilla (ligamento colateral medial, ligamento cruzado anterior, ligamento cruzado posterior,...) y de la arteria poplítea en un 20% de los casos y nervio tibial en un 19%.

La reducción debe realizarse lo antes posible para minimizar el riesgo de complicaciones como necrosis de partes blandas o síndrome compartimental. Puede conseguirse de manera artroscópica o abierta y la reparación ligamentosa puede realizarse de manera inmediata o diferirse.

Todavía no existe consenso sobre si es mejor la reducción artroscópica o la abierta ni si hay que reparar las lesiones de los ligamentos cruzados y cuándo hacerlo.

En conclusión, la reducción completa de la articulación tiene que ser el objetivo primordial del tratamiento mientras que la reconstrucción de las estructuras afectadas debe ser abordada más adelante, dependiendo del estado funcional del paciente y sus requerimientos.

