

Inestabilidad antero externa de rodilla. Plastía de Lemaire

Resultados

Drs. Fernando Motta*, Juan Pedro del Campo*

ANTERO-EXTERNAL INSTABILITY OF THE KNEE. LEMAIRE'S TECHNIQUE

The isolated rupture of the anterior cruciate ligament causes an anterolateral instability, which with time, induces the failure of the secondary restraints, increasing the instability with progressive deterioration of the knee.

Fourteen patients were treated with extraarticular reconstruction using Lemaire's technique. The follow up period was between 6 and 30 months, and in eleven patients the results were good.

The surgical treatment to the instability is necessary and should be performed early.

Lemaire's technics is a simple useful procedure to eliminate the pivot shift, that does not require external immobilization and has a fast functional rehabilitation. Its cost is lower compared to intra-articular technics.

RESUMEN

La ruptura del Ligamento Cruzado Anterior determina una inestabilidad antero externa que lleva en la evolución a que cedan las limitantes secundarias con el consecuente aumento de inestabilidad y deterioro progresivo articular.

A propósito de 14 casos tratados con la Plastía Extraarticular de Lemaire el se-

INTRODUCCION

La inestabilidad antero externa es una lesión frecuente para la cual se describen múltiples técnicas tanto intra, extra articulares y mixtas. El tratamiento conservador a largo plazo determina un 50% de malos resultados (Clancy) llevando al deterioro de la rodilla lo que se manifiesta como roturas meniscales, lesiones condrales, etc. Esto lleva a una inestabilidad y desgaste progresivo de la articulación.

Diversos autores insisten en el diagnóstico y tratamiento precoz, ya que esta lesión constituye "el principio del fin" de la rodilla (William Feagin).

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de 14 pacientes tratados en la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado entre 1986 y 1988.

Todos los pacientes de sexo masculino, obreros amparados bajo la cobertura del Seguro Laboral con edades entre 19 y 37 años.

Presentaban todos clínicamente una inestabilidad antero externa con un tiempo de evolución de su lesión de 1 a 30 meses. Presentaban todos un resalto en rotación interna que reconocieron como el motivo de su sufrimiento. Ninguno presentó

* Jefe de Clínica. Cátedra Ortopedia y Traumatología. Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay. Luis Cavia 2652/602 Montevideo, Uruguay.

guimiento entre 6 y 30 meses mostró 11 pacientes con buenos resultados.

La solución quirúrgica de la inestabilidad se plantea necesaria y debe ser realizada precozmente.

La Plastía de Lemaire constituye una solución sencilla y eficaz para eliminar el resalto, no requiere inmovilización externa, es de rápida recuperación funcional y su costo es menor que las técnicas intraarticulares.

inestabilidad lateral y se asoció un signo de Lachman-Trillat positivo.

Fueron estudiados con artrografía a doble contraste, radiografía simple y artroscopía.

Nueve pacientes presentaron lesión meniscal asociada: 5 roturas del menisco interno en asa de cubo, 2 roturas del segmento posterior en forma longitudinal y 2 desinserciones meniscales también del interno. Se requirieron 7 meniscectomías y 2 suturas meniscales.

La indicación de la Plastía de Lemaire se basó en la existencia del signo del resalto en rotación interna con su reconocimiento por el paciente como causa de su inestabilidad.

No se tomó en cuenta ni la cuantificación del signo de Lachman ni cajón anterior como así tampoco el tiempo de evolución.

La intervención fue realizada bajo anestesia general y manguito neumático. Se realizó un abordaje lateral, se tomó una banda de la cinta de Maisiat de 15 cm de longitud x 1,5 cm de ancho pediculada en el tubérculo de Gerdy. Esta bandeleta se pasó por dentro del ligamento lateral externo, posteriormente por un túnel subperióstico condíleo, regresando por un túnel óseo de 2,5 cm de diámetro cuyo orificio inferior se sitúa inmediatamente atrás y arriba de la inserción condílea del LLE. Se colocó una grampa a modo de refuerzo de la vertiente inferior del orificio superior.

El tensado de la bandeleta se realizó con la rodilla a 30° de flexión y máxima rotación externa. La bandeleta se suturó sobre sí misma. Luego de cerrado el Fascia Lata se realizó la liberación del retináculo externo para evitar el aumento de la presión en la carilla externa rotuliana. El tiempo operatorio fue de 45 minutos.

Comenzaron a las 24 h con ejercicios isotónicos e isométricos de cuádriceps y ejercicios de flexo extensión de rodilla a las 3 semanas, tiempo en el cual comienza el apoyo.

El reintegro laboral fue a los 2 meses con una función completa de rodilla.

El control clínico fue realizado entre los 6 y 30 meses de evolución.

RESULTADOS

Todos los pacientes se reintegraron a sus tareas a los 2 meses de la intervención.

En la evolución entre 6 y 30 meses, 11 pacientes no presentaron clínicamente dolor ni episodios de inestabilidad y al examen la búsqueda del resalto en rotación interna fue negativa. Es de destacar que todos presentaron función completa y buen trofismo de cuádriceps, estando conformes con el resultado funcional.

Los 3 pacientes que se consideraron malos resultados, dos de ellos debieron ser intervenidos por lesiones meniscales externas a los 26 y 30 meses, utilizándose la resección artroscópica.

El tercer paciente si bien no presentaba dolor ni sensación de inestabilidad tenía un resalto positivo en rotación interna. Este paciente había sido operado 6 meses después de su accidente.

No existieron en nuestra casuística complicaciones infecciosas ni problemas de cicatrización.

DISCUSION

En las dos últimas décadas se ha revalorado la importancia del Ligamento Cruzado Anterior como estabilizador dinámico. Su ruptura determina una inestabilidad rotatoria antero externa la cual lleva a un deterioro progresivo articular. Como toda lesión ligamentosa, los mejores resultados se obtienen con la reparación precoz.

Las técnicas de reparación intraarticular son más complejas y de más larga recuperación, debiendo ser protegidas con ortesis entre 6 meses a 1 año. Aquellas que utilizan prótesis ligamentarias son de alto costo para nuestro medio.

La Plastía de Lemaire se basa en la creación de una banda anti rotatoria periférica que controla la inestabilidad antero externa (resalto). La Plastía no actúa directamente sobre el desplazamiento anterior de los platillos tibiales pudiendo disminuir la magnitud del signo de Lachman y del cajón anterior.

Se consideró malos resultados aquellos pacientes en los cuales no se controló la inestabilidad rotatoria, como la persistencia del resalto aunque el paciente estaba asintomático o en los que se produjeron lesiones interpretadas como secundarias a su inestabilidad.

Estos 3 pacientes con malos resultados fueron tratados tardíamente a la producción de su lesión inicial.

En esta serie no se tubo en cuenta para la indicación la magnitud de los signos ni el tiempo transcurrido desde la lesión.

En 11 pacientes se obtuvo un buen resultado controlando la inestabilidad, estando los pacientes conformes con el resultado y reintegrándose a sus tareas habituales en forma precoz y sin protección externa.

En todos los pacientes no existió limitación funcional ni existieron complicaciones postoperatorias.

El precedimiento de la plastía extra articular de Lemaire para las inestabilidades antero externas de rodilla es un procedimiento sencillo, eficaz, de poca agresión articular, sin requerimiento de protección externa postoperatoria mediata ni inmediata y de rápida y completa recuperación funcional.

Esta técnica debe de ser indicada en las inestabilidades antero externas por rotura del Ligamento Cruzado Anterior, en etapa precoz previo a que cedan las limitaciones secundarias.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BUTLER D, NOYES F. Ligaments restraint to anterior posterior drawer in the human knee. J Bone Joint Surg 62A: 259-270. 1980.
- 2.- CLANCY W, RAY M et al. Acute test of anterior cruciate ligament. Surgical versus conservative treatment. J Bone Joint Surg 76A: 1483-1487. 1983.
- 3.- CHASSAING V. La ligamentoplastie palliative (technique Lemaire) pour rupture du Ligament Croisé Antérieur. Étude de 54 cas. Rev Chir Orthop, 1980 supp. II 66, 93-96.
- 4.- FEAGIN J A. The syndrome of the anterior cruciate ligament. Orthop Clin North Am 10: 81, 1979.
- 5.- FEAGIN JOHN A Jr. The crucial ligaments. Churchill Livingstone 1988.
- 6.- GLOVE T, MILLER S et al. Non operative treatment of the torn ACL. J Bone Joint Surg 65 A: 164-192, 1983.
- 7.- KENNEDY J C, STEWART R et al. Antero lateral rotatory instability of the knee joint. J Bone Surg 60A: 1037-1039, 1978.
- 8.- LEMAIRE M. Rupture ancienne du ligament croisé antérieur du genou. J Chir 1967, 93: 311-320.
- 9.- LEMAIRE M. Instabilité chronique du genou, techniques et résultats des plasties ligamentaires en Traumatologie sportive. J Chir, 1975; 110: 281-294.
- 10.- LEMAIRE M et COMBELLES F. Technique actuelle de plastie ligamentaire pur rupture ancienne du ligament croisé antérieur. Rev Chil Orthop 1980; 66: Nº 8, 93-96.
- 11.- LOOSE R. Concepts of the Pivot Shift. Clin Orthop 172: 45-51, 1983.
- 12.- NORWOOD L, ANDREWS J et al. Acute anterolateral rotatory instability of the knee. J Bone Joint Surg 61A: 704-709, 1979.
- 13.- MC DANIELS J, DAMERON T et al. Untreated ruptures of the anterior cruciate ligament. J Bone Joint Surg 62A: 696-705, 1982.
- 14.- WARREN R. Primary repair of the anterior cruciate ligament. Clin Orthop 172: 65-70, 1983.