

RECONSTRUCCIÓN CUASIANATÓMICA DEL LIGAMENTO PATELOFEMORAL MEDIAL ANTE UN CASO DE INESTABILIDAD ROTULIANA.

Autores: Alberto J. Ruiz Toro, Fabio Alejandro Casero Rodriguez, María J. Hernando Escudero, María Rubio Martinez, Carolina García-Herrera Cruces.
Hospital Universitatio de Cáceres, Cáceres

1. Introducción y objetivos

La **inestabilidad patelofemoral** es un problema común de la rodilla, asociado frecuentemente a dolor, disminución de la actividad, empeoramiento de la calidad de vida, y a largo plazo, osteoartritis.

El **ligamento patelofemoral medial (LFPM)** tiene una gran importancia biomecánica y clínica en la restricción de la traslación lateral rotuliana, y por ello, la reconstrucción del LFPM es un importante y efectivo procedimiento para estabilizar la rótula.

El objetivo de este estudio es revisar una de las técnicas descritas para el tratamiento de la inestabilidad rotuliana.

2. Material y métodos

Varón de 15 años que acude a consulta por presentar episodios de **subluxaciones de rótula** izquierda de un año de evolución tras primer episodio traumático.

En la EF de la pierna izquierda se observa una rodilla en normoeje, hipotrofia del cuádriceps, rótula hipermovil con aprehensión +. Movilidad completa, maniobras meniscales – y molestias a la palpación del LFPM.

Se solicita RMN en la que se visualiza tróclea femoral poco excavada, subluxación externa de la rótula y lesión del LFPM. Con el TC se descarta la necesidad de realineación del aparato extensor.

3. Resultados

Tras correcta planificación de la cirugía, se realiza en primer lugar **abordaje sobre la “pata de ganso”** para extraer y preparar la plastia del **tendón gracilis**, y sobre la inserción del tendón del **aductor mayor** a nivel del cóndilo femoral interno, que se utilizará como pivote.

Posteriormente, se realiza una tunelización en “V” sobre el borde medial de la rótula, a través del cual se pasa la plastia del gracilis.

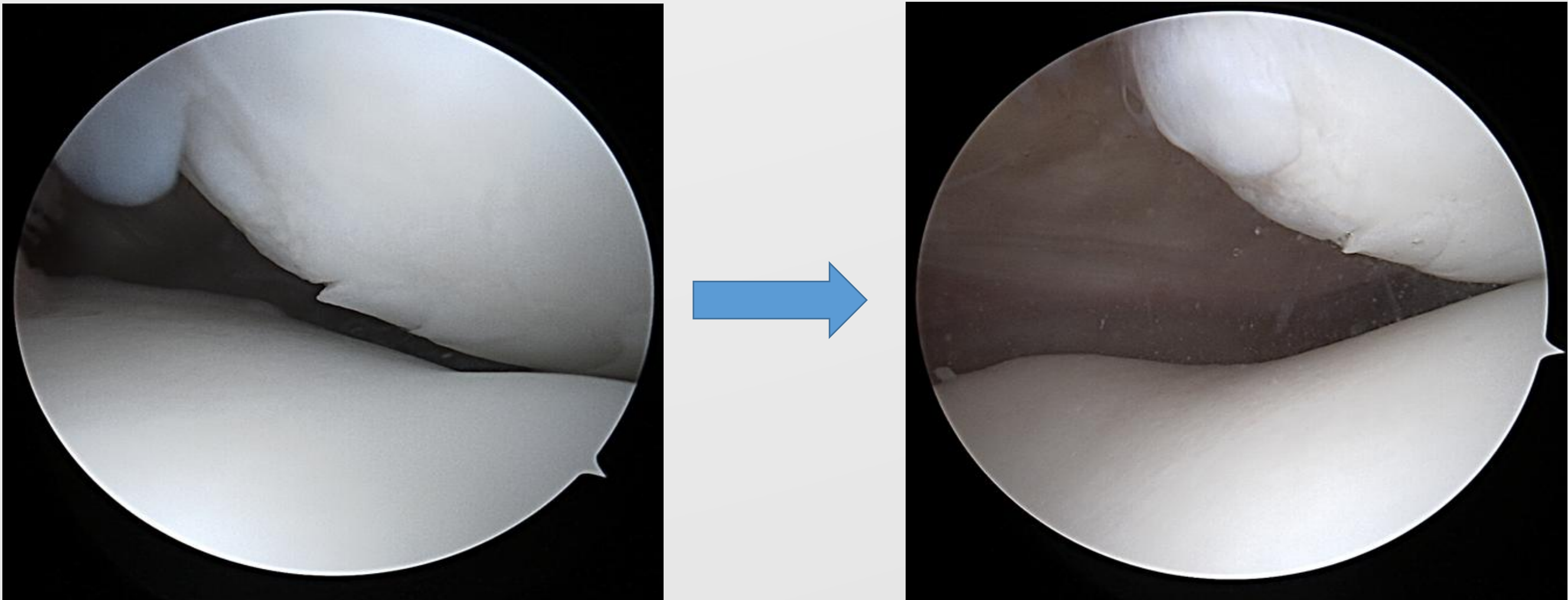
A continuación, esta plastia se pasa alrededor del aductor mayor que actúa de polea elástica.

Finalmente se tensiona con la rodilla en flexión de 30º, se comprueba correcta tensión y se anudan ambos extremos del injerto

El paciente es valorado a las 2 y a las 6 semanas observándose una correcta evolución, con heridas sin signos de infección, rótula estable y con movilidad estable (0-130º) y no dolorosa

4. Conclusiones

Se han descrito varios métodos de reconstrucción del LFPM y de todos ellos, la **estabilización cuasianatómica**, permite estabilizar la rótula **sin implantes** y sin necesidad de asistencia radiológica obteniendo buenos resultados, sobretodo en niños y adolescentes con fisis abiertas.



Artroscopia preoperatoria donde se visualiza la subluxación de la rótula en la tróclea femoral.



Tras obtención del tendón gracilis, se realiza la tunelización en “V” sobre la rótula. Posteriormente se busca la inserción del aductor mayor.



Se pasa la plastia a través del tunel de la rótula, y luego a lrededor del aductor mayor que actúa de polea elástica. Finalmente se anuda.