

La perforación percutánea de las estructuras capsuloligamentosas posteromediales para prevención de las lesiones condrales en abordajes artroscópicos del menisco interno en articulaciones estrechas

Ulrich Bosch^a

Resumen

El problema

Las lesiones irreversibles en el fémur y la tibia debido al paso de los instrumentos de resección y de sutura en los abordajes artroscópicos del cuerno posterior del menisco interno en caso de articulaciones apretadas o en contracturas de las estructuras capsuloligamentosas mediales.

La solución

Ampliación de la interlínea medial a través de múltiples perforaciones percutáneas en las estructuras capsuloligamentosas posteromediales bajo un estrés continuo en valgo forzado.

Técnica quirúrgica

Con la rodilla en semiextensión y con esfuerzo simultáneo dosificado de estrés en valgo abundantes perforaciones de las estructuras capsuloligamentosas con una cánula de punta afilada hasta obtener una ampliación palpable del compartimento articular medial.

Tratamiento postoperatorio y resultado

Recuperación completa de las estructuras posteromediales sin necesidad de medidas especiales postoperatorias.

Palabras clave

Artroscopia. Cuerno posterior de menisco interno. Resección. Refijación. Lesiones condrales. Liberación capsular.

Operat Orthop Traumatol 2006;18:481-4

^aZentrum für Orthopädische Chirurgie, Sporttraumatologie, International Neuroscience Institute, Hannover.

El problema

Las lesiones sintomáticas degenerativas del cuerno posterior del menisco interno requieren una resección artroscópica de las partes desgarradas del menisco. En articulaciones de rodilla limitadas o en articulaciones de rodilla contracturada con un espacio articular medial estrecho, existe un riesgo que el cartílago pueda ser lesionado por los instrumentos de resección, incluso por un especialista en artroscopia. En la refijación artroscópica del cuerno posterior del menisco medial en las articulaciones de rodilla con un compartimento articular medial estrecho, existe un riesgo que el cartílago sea lesionado por los instrumentos de sutura o la inserción de instrumentos de introducción de los implantes a pesar del uso de un soporte para la extremidad y la aplicación manual de un estrés en valgo. Incluso las lesiones cartilaginosas superficiales debido a golpes o rasguños causados por instrumentos y que afectan el cartílago del cóndilo femoral posterior y la meseta tibial no

curan. Ello puede predisponer a la artropatía degenerativa de la articulación de la rodilla, especialmente si se realiza simultáneamente una meniscectomía parcial extensa.

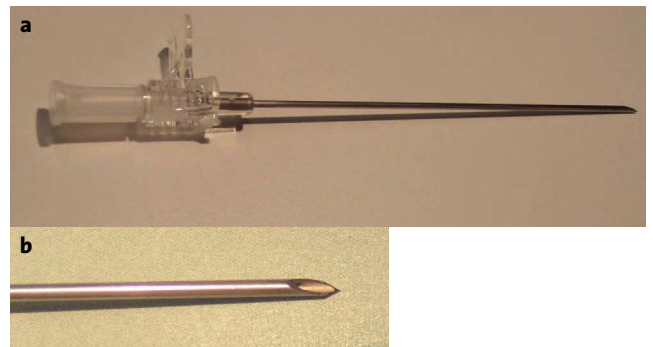
La solución

Agrandamiento del espacio articular medial mediante perforación percutánea de las estructuras capsuloligamentosas posteromediales con una cánula o con un vástago de metal de una cánula venosa de 16G bajo un estrés en valgo aplicado consistentemente. El filo, la punta pulida de la cánula, es particularmente adecuada para este propósito (fig. 1). Esto lleva a un desgarro parcial de las estructuras capsuloligamentosas posteromediales con el resultado que el espacio articular medial pueda abrirse ligeramente sin inestabilidad medial secundaria. La ruptura parcial de las estructuras capsuloligamentosas posteromediales cura sin incidencias sin afectar el tratamiento postoperatorio.

Figuras 1a y 1b

a) Vástago de metal de una cánula interna con un extremo afilado, pulido.

b) Punta afilada de la cánula.



Técnica quirúrgica

Figuras 2 a 4

Figura 2

Con la articulación de la rodilla en extensión casi completa y bajo un estrés en valgo aplicado consistentemente, se inserta posteromedialmente una cánula o un vástago de metal de una cánula venosa de 16G al nivel del espacio articular y perpendicular a la superficie cutánea.

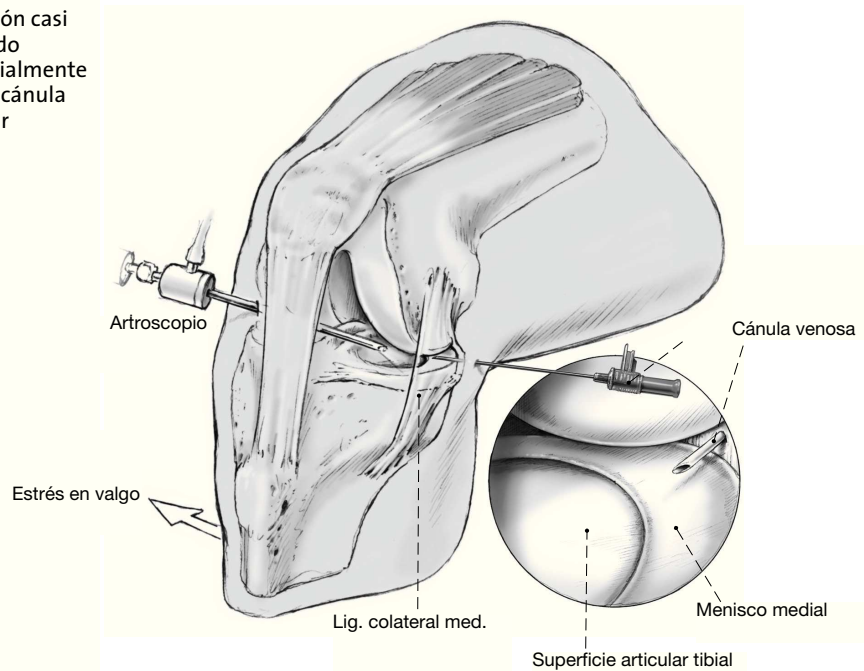
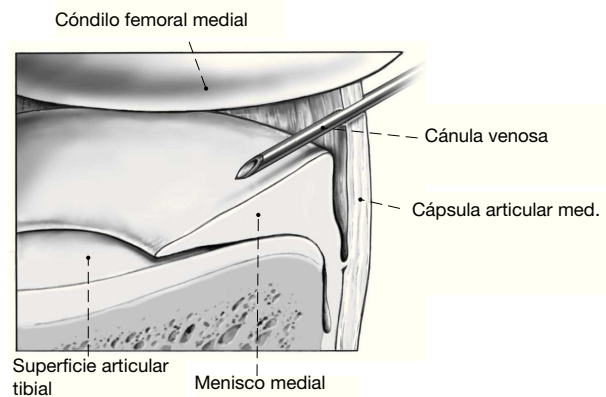


Figura 3

Se monitoriza artroscópicamente el lugar de inserción correcto, es decir, donde la punta de la cánula entra intraarticular craneal al menisco, a nivel de la unión de los cuernos posterior y lateral del menisco medial.



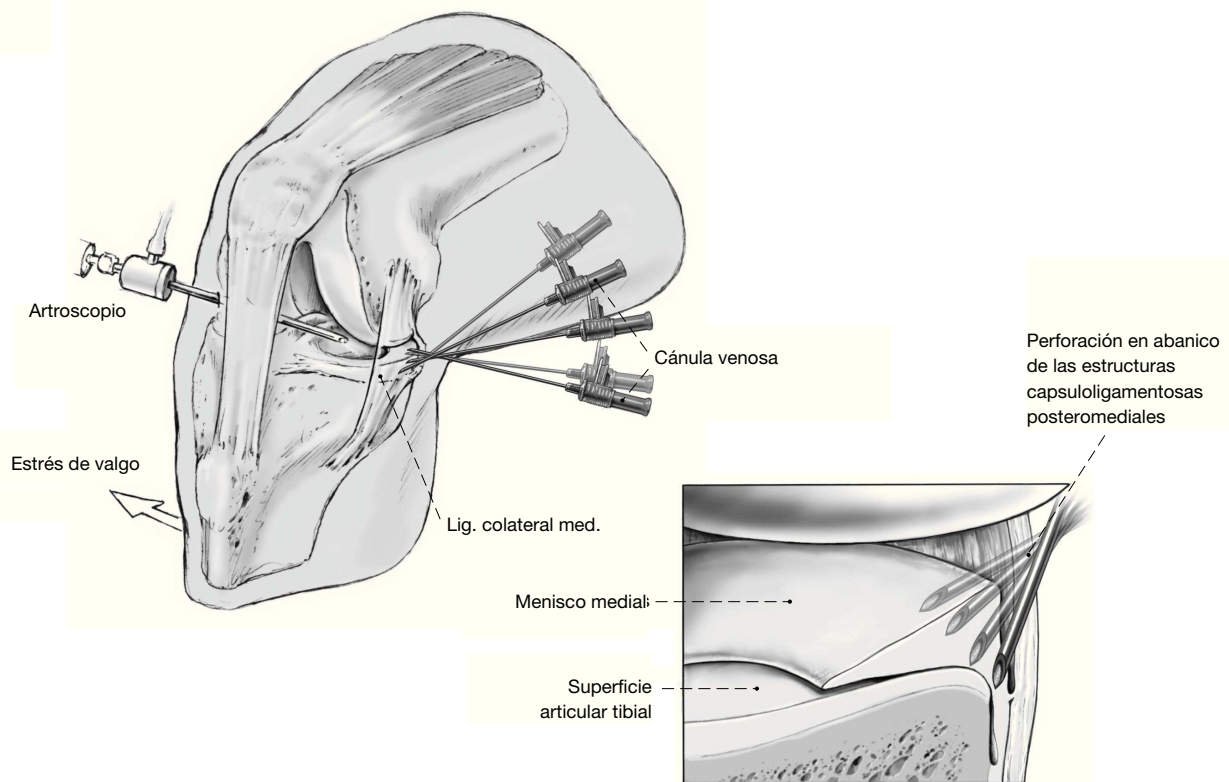


Figura 4

Cuando la cánula está en la posición correcta, se retira hasta una posición subcutánea. Bajo un estrés en valgo aplicado consistentemente las estructuras capsuloligamentosas posteromediales son perforadas repetidamente en un patrón en forma de abanico con la cánula a través de una única incisión. Preferiblemente, la punta de la cánula se presiona hacia la cabeza tibial de manera que las estructuras capsuloligamentosas distales a la interlínea articular son perforadas antes de que se realice una lesión al cartilago del cóndilo femoral posterior. Tras la perforación repetida, las estructuras capsuloligamentosas se expanden permitiendo el paso y logrando un agrandamiento del espacio articular medial. Con ello se mejora la visibilidad del cuerno posterior del menisco medial, el espacio articular medial puede agrandarse para la resección o los instrumentos de sutura con el resultado que el riesgo de causar una lesión cartilaginosa está ampliamente reducido.

Tratamiento postoperatorio y resultado

La modificación del tratamiento postoperatorio no es necesaria. La ruptura parcial de las estructuras capsuloligamentosas posteromediales cura sin secuelas.

Bibliografía

1. Höher J. „Wie geht es?“ – Technik: Wann und wie refixiere ich einen Meniskus? *Minim Invasive Chir* 2003;12:161-71.

Correspondencia

Prof. Dr. Ulrich Bosch
Zentrum für Orthopädische Chirurgie, Sporttraumatologie
International Neuroscience Institute
Rudolf-Pichlmayr-Strasse 4
D-30625 Hannover
Tel.: (+49/511) 473-2040; Fax: 473-20420
Correo electrónico: office@bosch-ini-hannover.de