



# Vías de acceso quirúrgico a la rodilla

A. Clavé, D. Cheval, T. Williams, F. Dubrana

*Para conservar la movilidad y la estabilidad, que son características fundamentales de la articulación de la rodilla, las vías de acceso quirúrgicas deben respetar lo mejor posible las estructuras ligamentarias, la inervación, la vascularización cutánea y el drenaje linfático. En este artículo, se agrupan las vías de acceso quirúrgico de la rodilla en cuatro categorías: las vías anteriores, las vías laterales, las vías posteriores y las vías artroscópicas. Para cada una de estas vías se describe la colocación del paciente, la incisión cutánea, la exposición, el cierre, sus variantes y extensiones, las ventajas y los inconvenientes y sus indicaciones.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Vías de acceso; Rodilla; Artroscopia

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Vías anteriores</b>	1
Vía anteromedial	1
Vía anterolateral	4
Variantes de la vía anterolateral	4
Plastias cuadrícipitales	7
■ <b>Vías posterolaterales</b>	7
Vía posterolateral medial	7
Vía posterolateral lateral	8
■ <b>Vía longitudinal</b>	10
Colocación	10
Incisión cutánea	10
Exposición	10
Cierre	10
Ventajas e inconvenientes	10
Indicaciones	10
■ <b>Vías posteriores</b>	10
Vía posterior medial	10
Vía posterior lateral	12
Vía posterior lateral	12
■ <b>Vías artroscópicas</b>	13
Vía anterolateral	13
Vía anteromedial	14
Vías anteriores accesorias	14
Vía medial	14
Vías posteriores	14

y las estructuras ligamentarias que participan en la estabilidad. Permitían un acceso fácil a los compartimentos anteriores [1]. La posibilidad de intervenciones quirúrgicas iterativas, el riesgo de necrosis cutánea y la aparición de miniaccesos han hecho que se abandonen progresivamente las vías que comportaban grandes despegamientos cutáneos [2-8]. Los progresos de la rehabilitación y de las técnicas quirúrgicas que permiten una recuperación funcional rápida han limitado las vías de acceso que pasan a través del aparato extensor [1, 3, 9-14]. Ha sido en gran medida el desarrollo de la cirugía ligamentaria y protésica lo que ha clarificado los principios quirúrgicos, con un mejor respeto de la inervación, la vascularización cutánea y el drenaje linfático [15].



## ■ Vías anteriores

### Vía anteromedial

#### Vía pararrotuliana medial (Fig. 1)

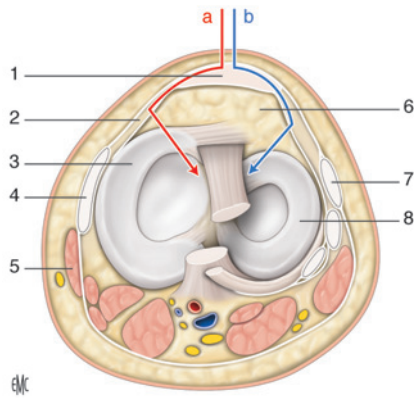
Se trata de la más utilizada de las vías anteriores. Prolongándola hacia arriba o hacia abajo, se obtiene una exposición muy amplia a la vez de los compartimentos articulares medial y lateral y del ligamento cruzado anterior. La luxación hacia fuera y la eversión de la rótula permiten la exposición en su totalidad de la superficie articular femoropatelar. Sin embargo, esta vía no ofrece una buena exposición de los compartimentos posteriores. Existen numerosas variantes de esta técnica, descritas por Cadenat [1].

#### Colocación

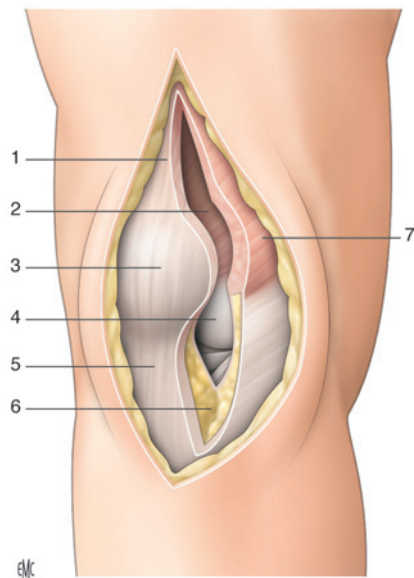
Se coloca al paciente en decúbito dorsal, con un contraapoyo en la cara lateral del muslo que impida la caída del miembro en rotación lateral de la cadera, con un segundo contraapoyo colocado a nivel del pie, que mantenga la rodilla en 90° de flexión. Se puede colocar un torniquete

## ■ Introducción

La articulación de la rodilla se caracteriza a la vez por su movilidad y su estabilidad. Las vías de acceso quirúrgico descritas inicialmente respetaban los ejes vasculares



**Figura 1.** Vías de acceso anteriores. 1. Tendón rotuliano; 2. retináculo; 3. menisco medial; 4. ligamento colateral tibial; 5. músculo sartorio; 6. cuerpo adiposo infrarrotuliano; 7. tracto iliotibial; 8. menisco lateral; a. incisión de la vía de acceso anteromedial; b. incisión de la vía de acceso anterolateral.

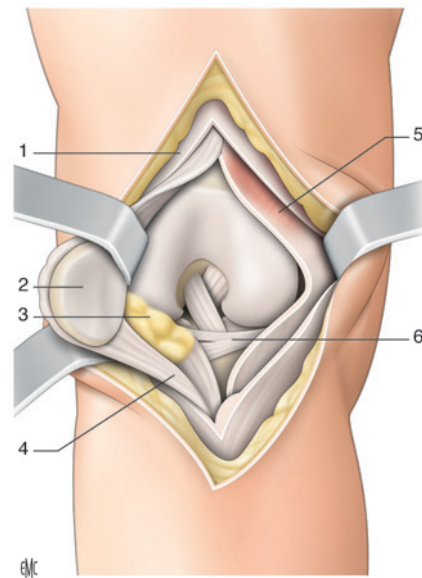


**Figura 2.** Artrotomía medial. 1. Tendón cuadrícipital; 2. fondo de saco cuadrícipital; 3. rótula; 4. cóndilo femoral medial; 5. tendón rotuliano; 6. cuerpo adiposo de Hoffa; 7. músculo vasto medial.

en la raíz del muslo. La colocación de los campos debe permitir identificar la espina iliaca anterosuperior. El centro de la cabeza femoral se proyecta en promedio dos traveses de dedo por dentro de la espina iliaca anterosuperior, lo que permite comprobar en caso de necesidad el eje del miembro inferior durante la intervención quirúrgica [4].

### Incisión

La incisión cutánea y del tejido subcutáneo es medial y vertical. Su longitud, variable, se extiende desde 5 cm por encima de la rótula a 2 cm por debajo de la tuberosidad tibial. Es preferible una incisión medial, ya que preserva los vasos nutricios de la red vascular anterior y secciona los nervios muy cerca de su terminación. Se realiza con la rodilla en 90° de flexión, lo que permite centrar la incisión sobre la rótula y apartar la rama inferior del nervio safeno. Esta incisión se puede desfasar ligeramente hacia dentro, en particular si se debe realizar una vía de acceso medial. Hay que evitar cualquier disección subcutánea para limitar el riesgo de necrosis. El despegamiento medial es limitado y deja hacia dentro la rama rotuliana del nervio safeno (Fig. 2).



**Figura 3.** Vía anterior y medial. Exposición de la articulación tras luxar la rótula. 1. Fascia superficial; 2. rótula; 3. cuerpo adiposo infrarrotuliano; 4. tendón rotuliano; 5. tendón cuadrícipital; 6. menisco medial.

### Exposición

La artrotomía se lleva a cabo desde arriba hacia abajo. La incisión se inicia a nivel del tendón cuadrícipital, algunos milímetros por fuera de la inserción del vasto medial y, a continuación, se incurva y se pasa 2 cm por dentro de la rótula y del ligamento rotuliano (un traves de dedo). En un segundo tiempo se abre el plano capsular, ligeramente desfasado, lo que permite así un cierre en dos planos si fuese posible. En la parte baja de la incisión, si es necesario, se puede preservar el menisco medial. También, en caso preciso, se puede evertir y luxar la rótula hacia fuera, con la pierna en extensión. Se mantiene luxada flexionando suavemente la rodilla hasta los 90°, lo que permite conseguir una amplia exposición de la articulación (Fig. 3).

### Cierre

El cierre se realiza con la rodilla flexionada entre 40-60°. Se coloca un drenaje aspirativo dentro de la articulación y otro en el plano subcutáneo.

La reparación de esta vía necesita la re inserción del músculo vasto medial sobre el tendón cuadrícipital, el cual se habrá tenido la precaución de seccionar a algunos milímetros por fuera de su borde medial para conservar una bandeleta tendinosa que facilite el cierre. La sutura en dos planos del retináculo y del plano capsular permite limitar la aparición de una cuerda fibrosa cicatricial y recrear un plano de deslizamiento.

### Variantes de la vía de acceso

**Extensión hacia abajo.** Para explorar los tendones de la pata de ganso, el músculo semimembranoso y el ligamento colateral medial, la incisión se desplaza hacia dentro y se prolonga hacia abajo unos 5 cm. En caso necesario, se puede realizar sólo la parte baja de la incisión. Hay que tener cuidado de identificar adecuadamente la rama inferior del nervio safeno.

**Extracción de los isquiotibiales.** La incisión cutánea, de 2-3 cm, se sitúa a unos 6-7 cm por debajo de la interlínea femorotibial medial y a 2 cm por dentro de la tuberosidad tibial anterior (TTA) (Fig. 4). Se puede realizar en la prolongación de una vía de acceso pararrotuliana medial. No obstante, se debe tener cuidado en no dañar la rama sensitiva del nervio safeno. Antes de la incisión, se localizan los tendones de los músculos recto medial y semitendinoso con el dedo; el uso de un poco de tejido adiposo sobre la punta del dedo permite palpar mejor

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053319>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053319>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)