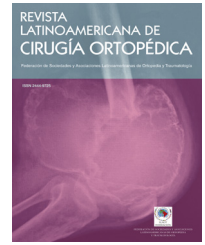




Revista latinoamericana de cirugía ortopédica

www.elsevier.es/rslaot



Original

Resultados de la satisfacción subjetiva y traslación tibial residual entre 3 técnicas de reconstrucción del ligamento cruzado anterior



Carlos Almeida-Herdoíza*, Eusebio Sánchez-Pérez, Arturo Reyes-Mares y María Maldonado-Vega

Servicio de Cirugía Articular, Enseñanza e Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de febrero de 2017

Aceptado el 19 de febrero de 2017

On-line el 23 de marzo de 2017

Palabras clave:

Ligamento cruzado anterior

Técnica todo dentro

Técnica transtibial

Aloinjerto

Rodilla

R E S U M E N

Objetivo: Analizar las diferencias o similitudes existentes entre las técnicas de reconstrucción que se utilizan en nuestro servicio: transtibial, anatómico y todo dentro, con respecto al grado de laxitud ligamentaria residual y grado de satisfacción subjetiva.

Material y métodos: Efectuamos un estudio observacional retrospectivo de 18 casos intervenidos en nuestro servicio entre los años 2014 y 2015, estudiando variables como son el grado de satisfacción subjetiva percibida por los pacientes y la medición de la traslación tibial en las pruebas de Lachman y cajón anterior con rolímetro.

Resultados: En el análisis multivariado encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto al grado de satisfacción subjetiva IKDC y con la magnitud de laxitud residual entre las técnicas transtibial (IKDC 70,52) y la técnica todo dentro (IKDC 89,63) ($p < 0,05$). No vimos diferencias en cuanto a edad, género y lateralidad en el grupo de estudio. **Conclusiones:** La reconstrucción de ligamento cruzado anterior con la técnicas de fijación bicorticales, sumada al uso de aloinjerto en casos seleccionados, proporcionan un excelente grado de satisfacción subjetiva y menor laxitud residual del injerto.

Nivel de evidencia: IV.

© 2017 Federación de Sociedades y Asociaciones Latinoamericanas de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Subjective satisfaction and tibial traslation outcomes comparison between 3 ACL reconstruction techniques

A B S T R A C T

Purpose: In this study, we aimed to determine if there is any difference between the subjective satisfaction and the residual tibial traslation outcomes, of the three most common

Keywords:

Anterior cruciate ligament

All inside technique

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlosalbertoalmeidah@gmail.com (C. Almeida-Herdoíza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rslaot.2017.02.007>

2444-9725/© 2017 Federación de Sociedades y Asociaciones Latinoamericanas de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Transtibial technique
Allograft
Knee

reconstruction techniques; which are conventional trans-tibial technique, anatomic tunnel technique and all inside technique.

Material and methods: Observational, retrospective study of eighteen patients who underwent ACL reconstruction between 2014 and 2015. Single-bundle reconstruction with an autologous or allograft was performed in all patients. Femoral tunnel was drilled by the conventional TT technique in 6 patients, Anatomic in 6 patients and all inside in 6. Functional evaluation was performed about 6 months postoperatively. Functional evaluation included the International Knee Documentation Committee Scoring Subjective form (IKDC) and anteroposterior stability was assessed using a arthrometer in lachman test and anterior drawer test.

Results: The results of IKDC subjective test and residual ligament laxity, demonstrated statistical difference between Transtibial (IKDC 70.52) vs all inside technique (IKDC 89.63) (P0.05).

Conclusion: The all inside preparation technique in the reconstruction of the ACL seems as effective as the conventional techniques in terms of subjective satisfaction and stability in the midterm of follow up.

Level of evidence: IV.

© 2017 Federación de Sociedades y Asociaciones Latinoamericanas de Ortopedia y Traumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La lesión del ligamento cruzado anterior (LCA) es una de las patologías más frecuentes que afectan a la rodilla, especialmente en pacientes involucrados en actividades recreativas y en deportes de contacto. Debido a esta situación, la cirugía reconstructiva del LCA, actualmente está considerada como un procedimiento seguro, con resultados favorables y predecibles en la mayoría de los pacientes¹. La elección del cirujano entre cada una de las técnicas de reconstrucción existentes está fundamentada en la facilidad de la reproducción, los resultados favorables comprobados y reportados en la literatura, una menor tasa de complicaciones, que además permita una fácil cirugía de revisión en caso de ser necesario, y un menor costo tanto en injertos y en implantes, para finalmente lograr la disminución del tiempo quirúrgico².

Después de la cirugía reconstructiva del LCA, el retorno a las actividades cotidianas y deportivas estará determinado por factores técnicos o quirúrgicos, tipo de injerto utilizado, plan de rehabilitación y factores psicológicos³ pero existe un porcentaje importante de pacientes en los cuales la cirugía no logró el objetivo primordial de restaurar la estabilidad y la cinemática cercana a lo normal de la rodilla⁴; esto está asociado principalmente a errores técnicos por parte del cirujano, así como a la inadecuada evaluación y selección del procedimiento específico para cada paciente⁵.

El cirujano ortopédico debe tener un conocimiento detallado y profundo de la anatomía y de la biomecánica del LCA, además de dominar los principios y las técnicas de reconstrucción, considerando como el objetivo principal una reconstrucción lo más cercana al origen y la función del ligamento nativo.

La técnica más frecuentemente utilizada es la del portal transtibial, que efectúa el túnel femoral previo la elaboración del túnel tibial; el inconveniente de esta técnica es elaborar en una posición no anatómica, el túnel femoral, debido a una orientación más vertical y lejana al origen nativo del LCA,

que está localizada más hacia la pared medial del cóndilo femoral lateral que a la región intercondílea⁶. Por su parte, la técnica «anatómica» utiliza el portal medial accesorio para perforar el túnel femoral anatómicamente, al no depender de la posición del túnel tibial; el uso de guías transportales permite crear túneles más cercanos al origen del LCA, dando como resultado, luego de la cirugía, mejor estabilidad rotacional de la rodilla, sin incrementar la complejidad del procedimiento⁷. La evolución y la introducción de guías femorales externas han evolucionado la técnica de reconstrucción habitual, pues permiten colocar los túneles femorales y tibiales en una posición anatómica cercana al origen e inserción del LCA. Además, no requieren la flexión forzada de la rodilla para su colocación y tienen la ventaja de que los túneles no requieren atravesar las corticales externa del fémur y de la tibia⁸ (fig. 1). A estas técnicas se suma la posibilidad de los aloinjertos, con la finalidad de disminuir mucho más el tiempo quirúrgico, evitar la morbilidad del sitio donante, especialmente de los isquio-tibiales, que disminuyen la potencia flexora de la rodilla⁹.

Con respecto a la evaluación de los resultados posteriores a la cirugía, se pueden objetivar la estabilidad y la traslación anteroposterior de la rodilla con las maniobras de Lachman y de cajón anterior¹⁰, y registrar el grado de traslación en milímetros, ya sea con equipos electrónicos, como el KT-1000, o manuales con el rolímetro¹¹. Con estos datos, se comparan el lado intervenido y el lado contralateral; se considera una laxitud residual normal entre 0-2 mm, pero cifras mayores a 5 mm se deben tomar una laxitud residual excesiva y una falla en la reconstrucción¹². Para objetivar el grado de satisfacción del paciente tras la cirugía disponemos de diferentes escalas utilizadas universalmente; la escala de la International Knee Documentation Committee Subjective Knee Form (IKDC) permite valorar las actividades tanto deportivas como de la vida cotidiana, en diferentes tipos de lesiones de rodilla y, en particular, después de la reconstrucción del LCA^{13,14}.

El Servicio de Cirugía Articular de nuestro hospital inició sus actividades en el año 2009 y la técnica de elección

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803371>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803371>

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