

Caso	(692) Trombosis poplítea tras luxación traumática de rodilla.
Autores	Juan Vicente Quintana Pérez, Antonio Michael-fernández, Alba Salgado-parente, Elisa Antolinos-macho, Abel González-huete, María Jesús Carrillo Guivernau
Centro	Hospital Universitario Ramón Y Cajal

EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de 18 años que realizando ejercicio (escalada) sufre una caída de 2 metros de altura. A la exploración se evidencia luxación posterior de rodilla derecha reducible, con dolor e impotencia funcional, hematoma en hueco poplíteo y ausencia de pulsos a la palpación por debajo del nivel poplíteo. El índice tobillo-brazo (ITB) fue de 0.6.

Por el riesgo de afectación vascular ante una luxación traumática de rodilla se decidió realizar una prueba de imagen angiográfica para valorar una posible lesión vascular, en este caso, mediante angioTC de MID.

En este estudio se identificó un defecto de opacificación progresivo en el segmento P2 de la arteria poplítea hasta hacerse aparentemente completo en el segmento P3; hallazgos que sugerían trombosis con posterior repermeabilización distal y salida a tres vasos.

En este contexto también se observaba hematoma en el hueco poplíteo con componente graso que sugería afectación ósea, aunque sin evidenciarse ninguna línea de fractura.

DISCUSIÓN

La luxación traumática de rodilla es una patología infrecuente (0,7% de las luxaciones), siendo la luxación posterior un 30% de éstas. Es considerada una urgencia potencialmente grave debido al alto riesgo de lesión vascular que presenta (30% de los casos), ya sea por rotura o disección de la arteria poplítea, o por afectación de la capa íntima que provoque trombosis hasta varias horas después del traumatismo.

Es por ello que ante cualquier luxación traumática de rodilla (más frecuentemente en las luxaciones posteriores), después de su reducción cerrada debe realizarse una prueba de imagen urgente para valorar la posibilidad de afectación vascular, ya sea mediante arteriografía o angioTC. En ese caso, se requiere de tratamiento quirúrgico urgente en las primeras 8h (rango a partir del cual la tasa de amputación se eleva significativamente).

Hay que tener en cuenta que la presencia de pulsos conservada en el miembro inferior afecto no descarta por completo una lesión vascular, la cual puede producirse en las siguientes 12/24 horas, por lo que varios autores recomiendan realizar una prueba radiológica dirigida a descartar esta afectación existan o no signos de isquemia en la valoración clínica inicial.

También es importante conocer la incidencia de lesión nerviosa (30% de los casos), más frecuentemente del nervio peroneo común; así como de fracturas asociadas de fémur distal y tibia proximal (60%) siendo la presencia de lipohemartros sugestiva de su presencia, aunque no siempre valorables por su pequeño tamaño.

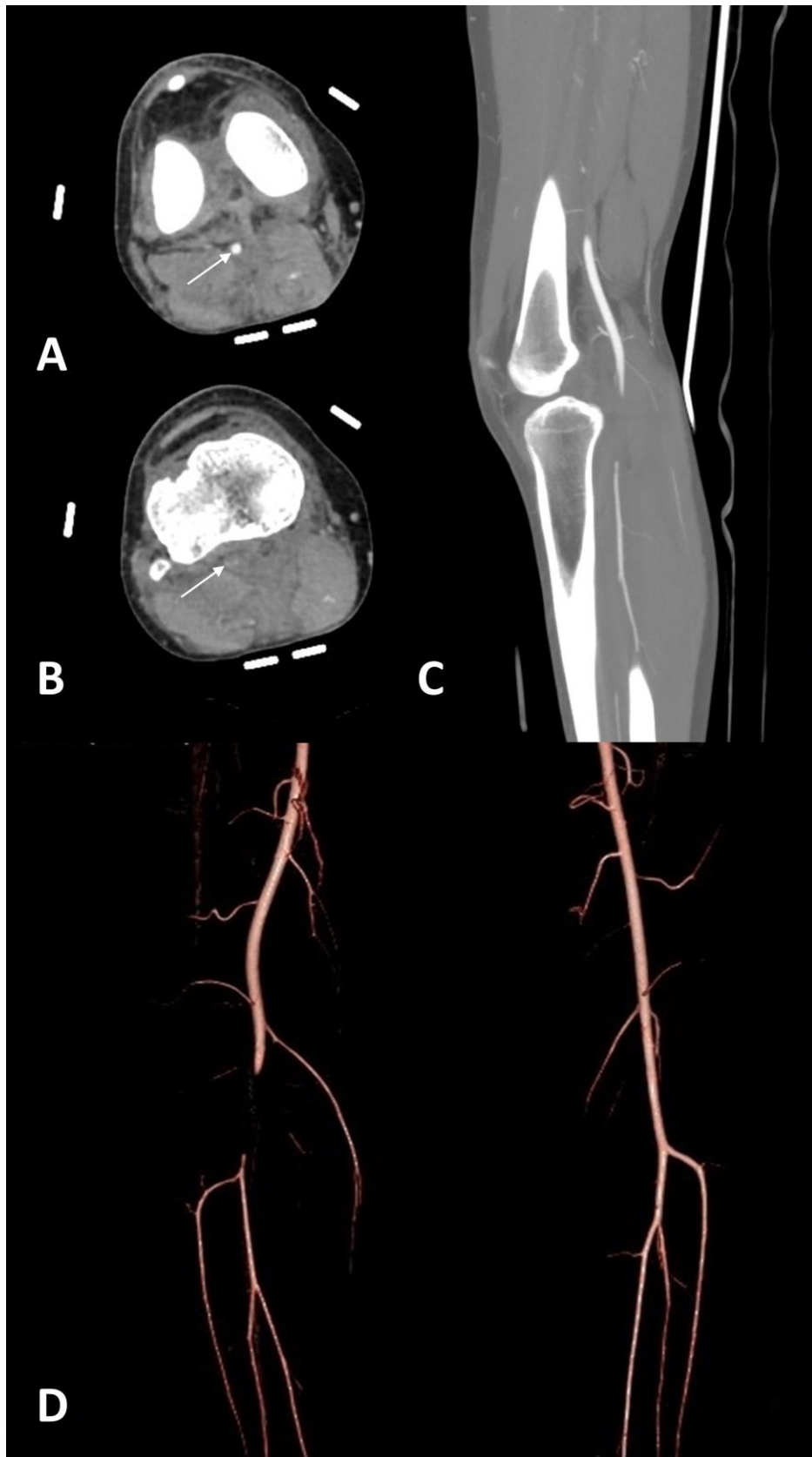
Es recomendable que una vez tratada la lesión vascular se realice una valoración del resto de estructuras capsulo-ligamentosas de la articulación mediante RM, siendo las más frecuentemente afectadas los ligamentos cruzados (anterior y posterior) con asociación del complejo ligamentoso colateral medial y de la esquina posterolateral de la rodilla. Estas estructuras serán reparadas de forma diferida una vez resuelto la patología urgente.

CONCLUSIÓN

La luxación traumática de rodilla es una patología urgente por el elevado riesgo de lesión vascular (30%) que puede comprometer la viabilidad del miembro afectado.

En la práctica clínica habitual, tras la reducción de la luxación, se recomienda realizar un estudio radiológico dirigido a descartar estas lesiones de forma rutinaria existan o no signos de isquemia en la exploración física, e incluso existiendo un ITB >0,9 debido a la posibilidad de que se desarrolle isquemia en las próximas horas.

Es importante a su vez, que tras la resolución del evento urgente se realice una valoración dirigida del resto de estructuras ligamentosas mediante RM, las cuales serán tratadas según el criterio del especialista de forma diferida.



Imágenes axiales (A y B) del miembro inferior derecho en fase venosa precoz. Se observa la arteria poplítea opacificada por el contraste y permeable (flecha en A) y ocluida por completo (flecha en B) como hallazgo sugestivo de trombosis. Reconstrucciones sagital (C) y 3D (D) donde se observa la extensión de la trombosis poplítea y su repermeabilización distal con salida a 3 vasos.

BIBLIOGRAFÍA

- Jeffrey A. Rihn, Yram J, Groff. Luxación traumática de rodilla: valoración y tratamiento. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons (Edición Española). 2004;3:406-418.

- Richard E. A. Walker, David McDougall, Shamir Patel. Radiologic Review of Knee Dislocation: From Diagnosis to Repair. AJR. 2013;201:483-495.

DOI:10.2214/AJR.12.10221

- Álvarez López Alejandro, García Lorenzo Yenima, Casanova Morote Carlos. Luxación traumática de la rodilla, diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología. 2007;21:(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2007000200009&lng=es.

- Robert C. Schenck, Jr, Dustin L. Richter, Daniel C. Wascher. Knee Dislocations: Lessons Learned From 20-Year Follow-up. Orthopaedic Journal of Sports Medicine. 2014; 2:(5).

DOI:10.1177/2325967114534387