

# Acta Ortopédica Mexicana

Volumen  
Volume **17**

Número  
Number **5**

Septiembre-Octubre  
September-October **2003**

*Artículo:*

Liberación artroscópica del retináculo lateral ¿Es importante el drenaje intra-articular postoperatorio?

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Sociedad Mexicana de Ortopedia, AC

**Otras secciones de  
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Edigraphic.com**

Artículo original

## Liberación artroscópica del retináculo lateral ¿Es importante el drenaje intra-articular postoperatorio?

Carlos González Maza,\* Santiago Bruno Villalobos,\* Enrique Quiroz Magaña,\* José Gómez Montero,\*\*  
José Luis Lemarroy de la Torre\*\*

Hospital Regional de Pemex, Villahermosa

**RESUMEN.** Para evaluar la importancia del drenaje articular postoperatorio en pacientes a quienes se les efectúa liberación artroscópica del retináculo lateral se realizó un estudio prospectivo en 61 pacientes con síndrome de hipertensión patelar lateral. En un grupo de 30 pacientes se colocó drenaje articular postoperatorio y en otro grupo de 31 pacientes no se les colocó drenaje. La técnica utilizada fue la reportada por Metcalf; en ningún paciente se intentó coagular la arteria geniculada. Se concluye que la colocación del drenaje articular postoperatorio no es indispensable, ya que en el seguimiento a 6 meses no se observó diferencia significativa en la recuperación final entre los dos grupos ( $P > 0.001$ ).

**Palabras clave:** artroscopia, patela

**SUMMARY.** The goal of this prospective study was to assess the importance of placing drainage tube postoperatively, after Arthroscopic Lateral Retinaculum Release. Subjects were 61 patients with patellar compression syndrome. The first group of 30 patients undergoing procedure with drainage tube postoperatively. The second group of 31 patients were managed without drainage tube postoperatively. The surgery was performed with the Metcalf technique. It is suggested that the drainage tube postoperatively is not important, because there was not significant difference between both of the groups at the final results after six month ( $P > 0.001$ ).

**Key words:** arthroscopy, patella.

### Introducción

La liberación del retináculo lateral es el procedimiento de elección en los pacientes con diagnóstico de síndrome de hipertensión patelar lateral que no han respondido al tratamiento conservador (aines, reposo, fisioterapia, inyecciones intra-articulares etc.) por un período entre 6 y 12 meses.<sup>2,3,5,7</sup>

En 1983 Metcalf<sup>8</sup> publicó una técnica para la liberación artroscópica del retináculo lateral, haciendo énfasis en la recuperación rápida de los pacientes comparada con la cirugía abierta. La liberación artroscópica del retináculo lateral (LARL) es menos invasiva, requiere menos tiempo quirúrgico y permite movilización más temprana de la articulación; muchos autores han reportado un alto porcentaje de buenos y excelentes resultados.<sup>9,11,14,15,16</sup>

Schreiber<sup>15</sup> en 1988, reportó la importancia de utilizar la electrocauterización para disminuir el sangrado proveniente de la arteria geniculada superolateral externa Insall<sup>14</sup> y otro autores<sup>8,9,11</sup> insisten sobre la colocación de un drenaje intra-articular postoperatorio para evitar la hemartrosis y vigilar el sangrado.<sup>6</sup>

El objetivo de este estudio fue evaluar la necesidad de utilizar el drenaje intra-articular postoperatorio en pacientes operados de liberación artroscópica del retináculo lateral.

### Material y métodos

Durante los años 1998, 1999 y 2000, se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo en 61 pacientes con síndrome de hipertensión patelar lateral.

Cuarenta y tres pacientes eran mujeres (70.4%) y 18 hombres (29.6%). La edad de los pacientes varió de 18 a 49 años, con una media de 30.7 años (*Tabla 1*). En 35 pacientes (57.4%), el lado operado fue el izquierdo y en 26 pacientes (42.6%) el lado operado fue el derecho.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos; El grupo I, con drenaje articular (GCDA), formado de 30 pacientes (49.1%) a los que se les colocó tubo de drenaje articular al finalizar la cirugía. El Grupo II sin drenaje articular (GSDA), formado de 31 pacientes (50.9%), a quienes no se les colocó drenaje al finalizar la cirugía.

\* Departamento de Ortopedia. Hospital Regional de Pemex Villahermosa, Tabasco.

\*\* Departamento de Anestesiología. Hospital Regional de Pemex Villahermosa, Tabasco.

Dirección para correspondencia:

Dr. Carlos González Maza. Lomas 701-14, Fraccionamiento Plaza Villahermosa. Villahermosa, Tabasco, México. C.P. 86179.  
E-mail: gonzalez\_maza@hotmail.com

**Tabla 1. Edad de pacientes postoperatorios de LARL.**

Grupo de edad	No.	Porcentaje
Menos de 20 años	5	8.0%
21 a 30 años	25	41.0%
31 a 40 años	22	36.0%
41 a 50 años	9	15.0%
Total	61	100%

Todos los pacientes incluidos en el estudio tenían dolor en cara anterior de rodilla de más de 6 meses de evolución, frote rotuliano positivo, arcos de movilidad completo, imagen radiológica de inclinación lateral de la patela y en todos se encontró durante la cirugía lesiones tipo I-II, según la clasificación de Outerbridge (*Tabla 2*). Todos los pacientes habían recibido aines y un programa de medicina física de 6 o más meses sin mejoría del dolor.

Se excluyó a pacientes con condromalacia Grado III-IV o alguna otra lesión intra-articular y los que tenían alguna patología sistémica agregada.

La técnica utilizada en la LARL fue la reportada por Metcalf,<sup>9</sup> que se realiza con el artroscopio en el compartimiento anteromedial, introduciendo una tijera de Metzenbaum de brazos asimétricos en el portal anterolateral en posición subcutánea, seccionando el retináculo lateral en dirección proximal bajo visión artroscópica, terminando en el borde superolateral de la patela; inmediatamente se reintroduce la tijera en dirección distal a lo largo del borde lateral del tendón patelar, para seccionar la parte distal del retináculo. Finalmente se moviliza la patela corroborándose que se puede elevar a 70°. En ninguno de los casos se intentó localizar, ni coagular la arteria geniculociliar superolateral.

En todos los pacientes, la cirugía se realizó con torniquete. A todos los pacientes se les colocó vendaje lateral compresivo postoperatorio.

A todos los pacientes se les instruyó en que no debían utilizar muletas, que debían iniciar la deambulación alrededor de su cama al día siguiente de la cirugía; que durante los primeros 7 a 10 días realizaran deambulación limitada dentro de casa y que posteriormente iniciaran programa domiciliario de fortalecimiento de músculos cuadríceps y flexores con aumento progresivo de la deambulación, hasta tratar de alcanzar una actividad normal.

Todos los pacientes fueron manejados con esquema de cefalotina-ketorolaco IV intrahospitalariamente y cefalexina-nimesulide 100 mg (genéricos), extrahospitalariamente durante 7 días y 6 semanas respectivamente.

Los pacientes fueron citados a la consulta externa a los 10 días, 6 semanas, tres y 6 meses de postoperatorio, sucesivamente. Durante las consultas se evaluó deambulación, capacidad de los pacientes para realizar sus actividades normales, dolor y arcos de movilidad.

Los resultados de los pacientes de ambos grupos fueron sometidos a análisis estadístico con la prueba t de Student.

**Tabla 2. Clasificación de Outerbridge.**

Grado I: Cartílago blando e inflamado.
Grado II: Cartílago fragmentado y/o fisurado en un área de media pulgada o menos.
Grado III: Cartílago fisurado mayor de media pulgada.
Grado IV: Erosión del cartílago con exposición de hueso subcondral.

## Resultados

En el grupo I (GCDA), 29 pacientes (96.7%), iniciaron deambulación alrededor de su cama a las 24 h, un paciente (3.3%) inició a las 48 h. En este grupo de pacientes el egreso hospitalario se indicó a las 48 h, cuando se les retiró el drenaje.

En el grupo II (GSDA), en 11 (35.5%) pacientes fue necesario efectuarles aspiración de la articulación debido a la hemartrosis, antes de que iniciaran la deambulación alrededor de su cama a las 24 h. En todo este grupo los pacientes se egresaron del hospital a las 24 h.

*Valoración a 10 días de operados.* De los 30 pacientes del Grupo I (GCDA), a tres pacientes (9.9%), fue necesario efectuarles aspiración intra-articular. Dos pacientes (6.7%), tenían equimosis en cara lateral de rodilla y pierna. En 26 pacientes (86.7%), la flexión de la rodilla era entre 40 y 60 grados con dolor leve y la extensión limitada en menos de 5 grados; los restantes cuatro pacientes (13.3%), aunque tenían movilidad de la articulación, era más limitada y fueron enviados a medicina física.

De los 31 pacientes del grupo II (GSDA), a cuatro (12.8%) fue necesario efectuarles aspiración articular. En ocho pacientes (25.8%), se observó equimosis que se extendía a la cara lateral de rodilla y pierna. En 25 pacientes (80.6%), la flexión de la rodilla era entre 40 y 60 grados y la extensión limitada en menos de 5 grados; en los restantes 6 pacientes (19.4%), la movilidad de la articulación era más limitada y fueron enviados a medicina física.

En ningún grupo se observó signos de infección. A todos se les prescribió 100 mg de nimesulide diarios hasta su próxima cita.

*Seguimiento a 6 semanas:* En el grupo I (GCDA), 27 pacientes (90%), podían realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, sin dolor o mínimo dolor ocasional; los otros tres pacientes (10%), requerían tomar algún analgésico adicional a los 100 mg de nimesulide que tenían prescrito. En 28 pacientes (93.3%) de este grupo, la flexión de la rodilla era de 90 grados o más y la extensión de 0 a menos 5°; en los restantes dos pacientes (6.7%) de este grupo tenían movilidad articular más limitada que el resto del grupo y se les indicó que continuaran en rehabilitación institucional.

En el grupo II (GSDA), 28 pacientes (90.3%), podían realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria sin esfuerzos, con mínimo dolor ocasional o sin dolor; los

otros 3 pacientes (9.7%) de este grupo, requerían tomar algún analgésico adicional a los 100 mg de nimesulide que tenían indicado. En 29 pacientes (93.6%), la flexión de la rodilla era 90 grados o más y la extensión de 0 a menos 5°; los otros dos pacientes (6.4%) tenían movilidad articular más limitada que el resto del grupo y se les indicó que continuaran en medicina física.

**Seguimiento a 12 semanas:** En el grupo I (GCDA) 29 pacientes (96.7%), podían realizar todas las actividades de la vida diaria, sin dolor o con dolor leve ocasional; en los 29 pacientes la flexo-extensión era completa. En un paciente (3.3%), la flexo-extensión estaba limitada en los últimos 5°.

En el grupo II (GSDA), 29 pacientes (93%), podían realizar todas sus actividades de la vida diaria sin dolor o con dolor leve ocasional. En 30 pacientes (96.8%) la flexo-extensión de rodilla completa; en un paciente (3.2%), la flexo-extensión estaba limitada en los últimos 5°.

**Seguimiento a los 6 meses:** En el grupo I (GCDA) 29 pacientes (26.7%), podían realizar todas sus actividades de la vida diaria, aunque dos (6.6%) referían tener dolor leve ocasional con actividades excesivas; un paciente (3.3%) tenía una limitación residual de los últimos 5° de flexión.

En el grupo II (GSDA) todos los pacientes podían realizar todas sus actividades de la vida diaria, aunque dos pacientes (6.4%), referían dolor leve ocasional a las actividades excesivas. La flexo-extensión de la rodilla era completa en todos los pacientes.

Los dos grupos fueron sometidos a análisis estadístico con la prueba de t de Student, obteniéndose que no existen diferencias significativas en la recuperación final entre los dos grupos a 6 meses de evolución ( $P > 0.001$ ).

## Discusión

La liberación artroscópica del retináculo lateral es una alternativa que ha venido supliendo la tradicional cirugía abierta en los síndromes de hiperpresión patelofemoral con condromalacias de grado leve a moderado. Se ha reportado<sup>7,16</sup> que una de las complicaciones más frecuentes de este procedimiento es el sangrado profuso de la arteria genicular superoexterna, por lo que se recomienda localizar y coagular esta arteria y colocar drenaje articular postoperatorio para el vaciamiento del sangrado residual y evitar la hemartrosis y sus complicaciones inherentes.

En nuestro trabajo, la liberación del retináculo lateral se realizó de acuerdo al procedimiento descrito por Metcalf,<sup>9</sup> en ningún caso se intentó localizar ni coagular la arteria genicular; en nuestro grupo de 61 pacientes operados, úni-

camente a 30 pacientes se les colocó drenaje articular postoperatorio, en los restantes 31 pacientes no se les colocó drenaje.

Se observó hemartrosis en 11 de los pacientes (35.5%) del grupo I (GSDA), y equimosis en 8 pacientes (25.8%) de este mismo grupo, lo que no influyó significativamente en el resultado final de ambos grupos ( $P > 0.001$ ).

## Conclusión

La colocación del drenaje articular postoperatorio no es indispensable en los pacientes a los que se les efectúa liberación artroscópica del retináculo lateral; ya que en nuestro trabajo comparativo entre 30 pacientes a los que se les colocó drenaje y 31 pacientes a los que no se les colocó drenaje articular no se observó diferencia significativa en la recuperación final, en un seguimiento a 6 meses ( $P > 0.001$ ).

## Bibliografía

1. Beatley G: The surgical treatment of chondromalacia patellae. *J Bone Joint Surg* 1978; 60(1): 74-81.
2. Fulkerson JP, Schutzer SF, Ramsby GR, Bernstein RA: Computerized tomography of the patellofemoral joint before and lateral release or realignment. *Arthroscopy*; 1987; 3(1): 19-24.
3. Gruber MA: The conservative treatment of chondromalacia patellae. *Orthop Clin North Am* 1979; 10(1): 105-115.
4. Henry JH, Goletz TH, Williamson B: Lateral retinacular release in patellofemoral subluxation. Indications, results, and comparison to open patellofemoral reconstruction. *Am J Sports Med* 1986; 14(2): 121-129.
5. Huhsgton JC, Walsh WM, Puddu G: Patellar subluxation and dislocation. Philadelphia WB Saunders, 1984.
6. Insall NJ, et al: *Surgery of the Knee*. 2<sup>nd</sup> ed. Churchill Livingstone Inc. 1993.
7. Larson RL, Cabaud HE, Slocum DB, James SL, Keenan T, Hutchinson T: The patellar compression syndrome. Surgical treatment by lateral reticular release. *Clin Orthop* 1978; (134): 158-167.
8. Merchant AC, Mercer RL: Lateral Release of the patella. A preliminary report. *Clin Orthop* 1974; 0(103): 40-45.
9. Metcalf RW: An arthroscopic method of lateral release of the subluxating or dislocating patella. *Clin Orthop* 1983; 167: 9-18.
10. Ogilvie-Harris DS, Jackson RW: The Arthroscopic treatment of Chondromalacia patellae. *J Bone Joint Surg* 1984; 66(5): 660-665.
11. Osborne AH, Fulford PC: Lateral release for chondromalacia patellae. *J Bone Joint Surg* 1982; 64(2):202-205.
12. Outerbridge RE: The etiology of chondromalacia patellae. *J Bone Joint Surg* 1961; 43B: 752-757.
13. Schonholtz GJ, Zahn MG, Magee CM: Lateral retinacular release of the patella. *Arthroscopy* 1987; 3(4): 269-272.
14. Schonholtz GJ, Ling B: Arthroscopic chondroplasty of the patella. *J Arthroscopy* 1985; 1(2): 92-96.
15. Schreiber SN: Arthroscopical lateral retinacular release using a modified superomedial portal, electrosurgery, and postoperative positioning in flexion. *Orthop Rev* 1988; 17(4): 375-380.
16. Sherman OH, Fox JM, Sperling H, Del Pizzo W, Friedman MJ, Snyder SJ, Ferkel RD: Patellar instability: Treatment by arthroscopic electrosurgical lateral release. *Arthroscopy* 1987; 3(3): 152-160.