

Diagnóstico artroscópico de la rotura del ligamento cruzado anterior y su tratamiento

Dr. R. CUGAT BERTOMEU, Dr. J. CUSCO, Dr. J. VILARO y Dra. M. GARCÍA

RESUMEN

Se presentan 1.235 rodillas revisadas artroscópicamente. De ellas, 373 presentaban lesión crónica del ligamento cruzado anterior. Los autores efectuaron un estudio comparativo entre la exploración clínica y los hallazgos artroscópicos, junto con su indicación terapéutica.

Descriptores: Lesiones del ligamento cruzado anterior. Artroscopias versus hallazgos clínicos.

SUMMARY

The authors collected 373 cases of chronic rupture of the anterior cruciate ligament.

The correlation between the clinical and arthroscopic findings were analyzed.

Key words: Anterior Cruciate Ligament.

Arthroscopic Study.

Arthroscopic versus clinical findings.

Introducción

Las inestabilidades crónicas de la rodilla representan un número significativo dentro del conjunto de patología que padecen los lesionados que acuden a nuestra consulta.

El mayor número de estos pacientes están inscritos en la Federación Española de Fútbol, por lo que practican asiduamente este deporte, y aunque militan en distintas categorías, todos desean reintegrarse a su práctica en plenitud de facultades.

El trabajo que ahora pasamos a desarrollar es una revisión de lo que hemos hecho y hacemos ante este problema.

Material y método

Recogemos el examen de 1.235 rodillas estudiadas artroscópicamente desde 1981 hasta 1986. De éstas, 373 presentan una lesión crónica del Ligamento Cruzado Anterior. Pertenecen a dos grupos bien diferenciados:

A.- No deportistas.

B.- Deportistas.

Las edades oscilan entre los 18 y los 40 años, siendo mucho más numerosos los hombres que las mujeres: 363/10.

La solución a la inestabilidad crónica por lesión del Ligamento Cruzado Anterior es:

1.ª fase: desde 1981 hasta 1985 = Plastia extra-articular con Tracto Ilio-tibial lateralmente y Autoinjerto cutáneo medialmente (García-Cugat).

2.ª fase: a partir de 1986 = Reconstrucción combinada del Ligamento Cruzado

Anterior usando tendón del Semitendinoso y Tracto Ilio-tibial (Plastia de Zarins) (1).

Resultados

1. Mayor incidencia de lesiones en la rodilla derecha que en la izquierda: 222/151.

2. Mayor número de lesiones totales: 233, que de parciales: 140. Y entre éstas últimas son más numerosas las del fascículo Póstero-Lateral: 72, que las del Antero-Medial: 68.

3. 69 rodillas presentan únicamente lesión del Ligamento Cruzado Anterior. De éstas: 38 tienen afectados todos los fascículos, 24 tienen afectado el fascículo Póstero-Lateral, y 7 tienen afectado el fascículo Antero-Medial.

4. Las 304 restantes presentan patología asociada:

- 168 rupturas de Menisco Interno;
- 147 rupturas de Menisco Externo;
- 117 lesiones condrales;
- 29 cuerpos libres;
- 16 lesiones del Ligamento Lateral Interno;
- 11 lesiones del Ligamento Cruzado Posterior;
- 11 fracturas y luxaciones;
- 6 lesiones del Ligamento Lateral Externo;
- 4 Plicas sinoviales patológicas;
- 1 cuerpo extraño.

5. La plastia extraarticular con Tracto Ilio-Tibial lateral y autoinjerto cutáneo medialmente, disminuye el Lachman y el Pivot Shift.

6. La reconstrucción combinada del Ligamento Cruzado Anterior usando tendón del Semitendinoso y Tracto Ilio-Tibial, es una técnica que logra una estabilidad funcional aproximadamente del 90% (1).

Discusión

Tras estudiar anatómico e histológicamente 20 Ligamentos Cruzados Anteriores procedentes de cadáveres y 10 Ligamentos Cruzados Anteriores procedentes de perros, constatamos, al igual que FURMAN (2), GIRGIS. (3), NORWOOD (4) (5), JACKSON (6) y otros, que el Ligamento Cruzado Anterior es un conjunto de 3 fascículos individualizados por sinovial. Sin embargo, hay autores como ODENTEN (7) (8) y otros que afirman no observar esta diferenciación.

Estos fascículos actúan unidos pero, su lesión individualizada da unos signos específicos para el fascículo Antero-Medial y para el fascículo Postero-Lateral.

El fascículo Intermedio no traduce una inestabilidad tan remarcable como la que provoca el fascículo Postero-Lateral, o incluso la del Antero-Medial.

Lógicamente la inestabilidad más importante se da cuando hay una lesión total del Ligamento Cruzado Anterior.

La inestabilidad que crea la lesión del fascículo Antero-Medial aislado, puede ser compatible con una actividad deportiva sin someter al paciente a un tratamiento quirúrgico. Siempre y cuando la musculatura esté en un estado óptimo.

Por contra, la lesión aislada del fascículo Postero-Lateral y la lesión total del Ligamento Cruzado Anterior exigen un tratamiento quirúrgico.

Conclusiones

En las lesiones crónicas del Ligamento Cruzado Anterior:

1. Son más frecuentes las lesiones con patología intraarticular asociada.
2. La patología intraarticular que más incide es la ruptura del Menisco Interno, seguida de la ruptura del Menisco Externo.

3. También vemos que es más común la lesión total del Ligamento Cruzado Anterior, sucediendo en secuencia la lesión del fascículo Postero-Lateral, y en último lugar la de Antero-Medial.

4. Siempre que nos encontremos con una lesión de todos los fascículos, en la exploración hay un Lachman, Pivot Shift y Cajón Anterior positivos, por lo que ha de haber una estabilización quirúrgica.

5. Cuando hay una lesión del fascículo Postero-Lateral, en la exploración hay un Lachman y Pivot Shift positivos con Cajón Anterior negativo, exigiendo al igual que la anterior, una estabilización quirúrgica.

6. En cambio, cuando hay una lesión del fascículo Antero-Medial en la exploración hay un Lachman y Pivot Shift negativos con Cajón Anterior positivo. En esta inestabilidad se puede lograr una solución con musculatura óptima.

7. Por todo ésto, tras explorar clínica y radiológicamente al paciente, realizamos un examen artroscópico previo a la estabilización para:

a, constatar el diagnóstico, y...

b, habilitar la articulación para que la cirugía estabilizadora articular sea un éxito.

BIBLIOGRAFIA

1. ZARINS, B. and ROWE, C. R.: Combined Anterior Cruciate Ligament Reconstruction using Semitendinosus Tendon and Iliotibial Tract. *J. Bone Joint Surg.* 68-A: 160, 1986.
2. FURMAN, W.; MARSHALL, J. L. & GIRGIS, F. G.: The Anterior Cruciate Ligament A functional analysis based on post-mortem studies. *J. Bone Joint Surg.* 58A: 179, 1976.
3. GIRGIS, F. G.; MARSHALL, J. L. & ALMO-NAJEM, A. R. S.: The Cruciate Ligaments of the knee joint. Anatomical, functional and experimental analysis. *Clin. Orthop.* 106: 216, 1975.
4. NORWOOD Jr., L. A. & CROSS, M. J.: The intercondylar shelf and the Anterior Cruciate Ligament. *Am. J. Sports Med.* 5: 171, 1977.
5. NORWOOD Jr., L. A. & HUGHSTON, J. C.: Combined anterolateral anteromedial rotary instability of the knee. *Clin. Orthop.* 147: 62, 1980.
6. JACKSON, R. W.: Comunicación personal.
7. ODENSTEN, M & GILLOQUIST, J.: Functional anatomy of Anterior Cruciate Ligament and a rationale for reconstruction. *J. Bone Joint Surg.* 67A: 257, 1985.
8. ODENSTEN, M.; LYSHOLM, J. & GILLOQUIST, J.: The course of partial Anterior Cruciate Ligament ruptures. *Am. J. Sports Med.* 13: 183, 1985.