

Reconstrucción del Ligamento Cruzado Anterior

Por

Dr. Julio Berrocal G. *

Dr. Fabio Cruz **

El propósito de presentar este trabajo es el de informar sobre una técnica sobre la reconstrucción del ligamento cruzado anterior de la rodilla, nuestra impresión, y nuestra modesta experiencia en la misma.

Esta técnica que a mi entender hasta ahora se practica en nuestro medio fue descrita y presentada por el Dr. Kenneth C. Jones de Little Rock, Arkansas, en la Revista de Cirugía de Huesos y Articulaciones del mes de enero de 1963 versión americana. Y nos llamó la atención por lo ingeniosa y funcional que parecía y habiéndome propuesto practicarla en cuanto se pudiera. Solo he logrado hacerlo en tres ocasiones desde entonces, por ser una lesión gracias a Dios de no mucha frecuencia.

El Dr. Jones en un medio tan extenso y rico como son los Estados Unidos reunió sólo pacientes para hacer su reporte, reportando excelentes resultados de ella, lo que me animó a hacer un reporte preliminar con el escaso número de pacientes que hemos tratado, con el objeto de recordarla a quien la haya leído y estimularlo a que la practique y así dentro de unos años, poder hacer en conjunto un reporte de un mayor número de casos.

La lesión de los ligamentos cruzados, y en especial la del anterior ha sido de difícil tratamiento especialmente cuando esta no es reciente.

* Asistente Servicio Ortopedia del Hospital San Juan de Dios.

** Residente Servicio de Ortopedia del Hospital San Juan de Dios.

Todas las técnicas en general han sido descorazonadas, porque los resultados no son buenos e inclusive malos. Hay una cantidad de autores que reportan sus técnicas y con resultados más o menos buenos, pero son complicados y por lo general no han sido manejadas por nosotros, es parte por lo limitado del número de casos encontrados. Son y podemos citar entre las de más reciente aparición las siguientes: la del profesor Lange con el método de sutura con seda, el trasplante de fascia de Hey Grove, trasplantes de tendón, etc.

Dado lo simple de esta técnica y los reportes recibidos creemos que es de gran utilidad tenerla presente en nuestro arsenal quirúrgico para cuando el caso lo amerite. De las ventajas que podemos citar de ella es la de que se puede aplicar tanto en casos recientes como viejos, claro que me refiero a arrancamientos completos y extensos del ligamento, pues los desgarros cuando son agudos, cuidadosamente reparados dan excelentes resultados.

Nunca se ha de abrir una rodilla traumatizada sin un examen *previo minucioso de su estabilidad, aún cuando sea por lesiones únicas* como la ruptura de un menisco en que los signos clínicos así lo indican y poner especial atención a las pruebas de los ligamentos cruzados, y de estos a la del ligamento cruzado anterior, que cuando se lesiona y no se trata constituye la incapacidad más grave de la rodilla para una lesión única.

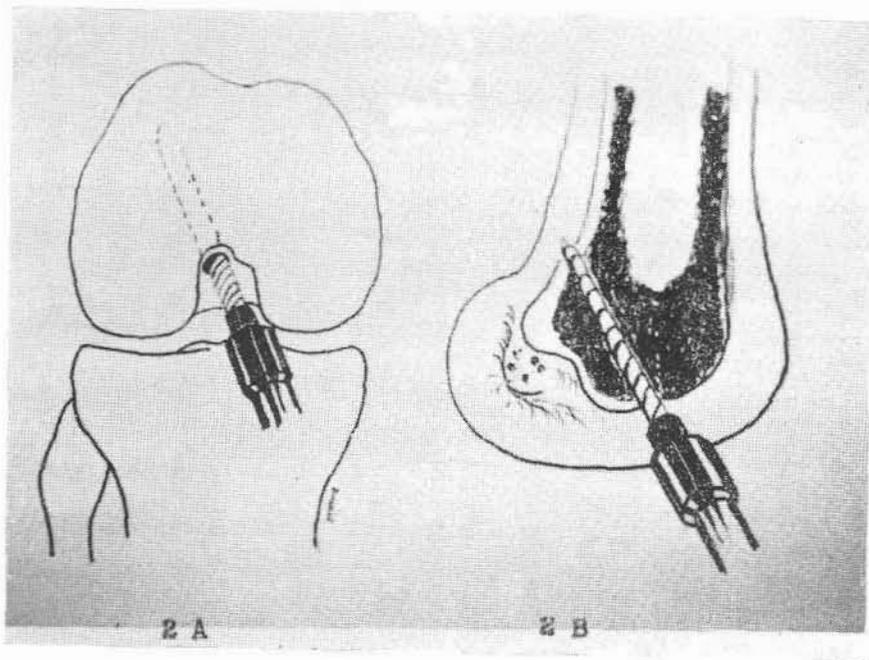
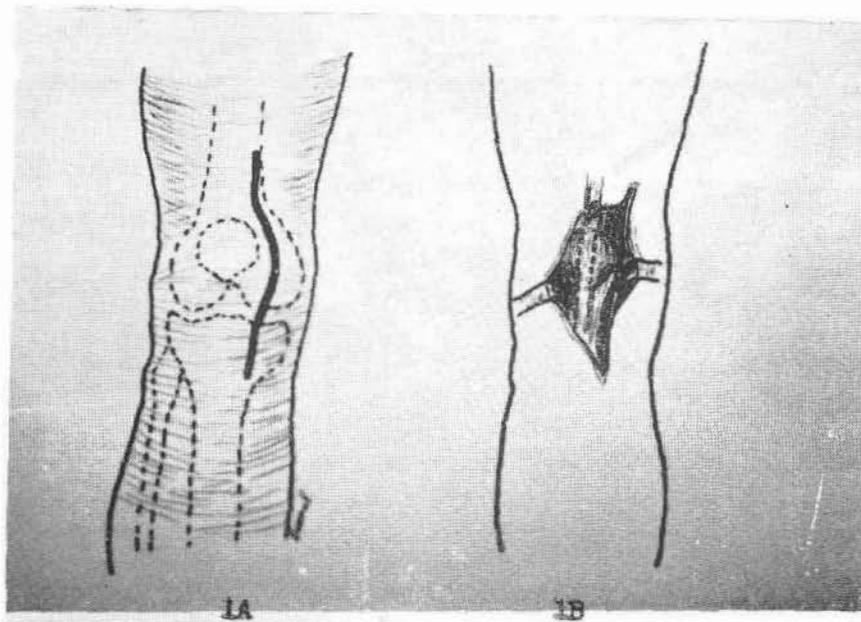
TECNICA

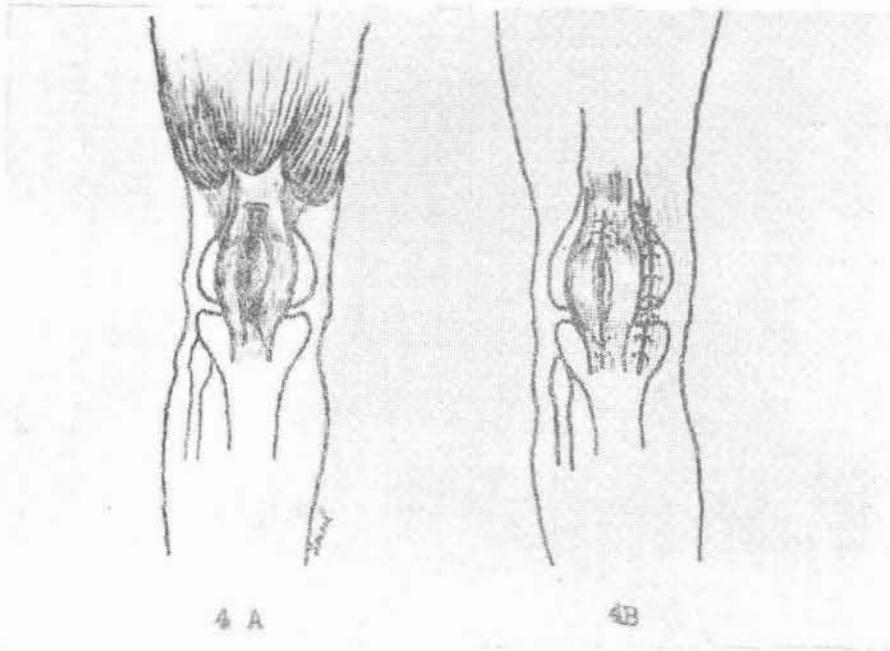
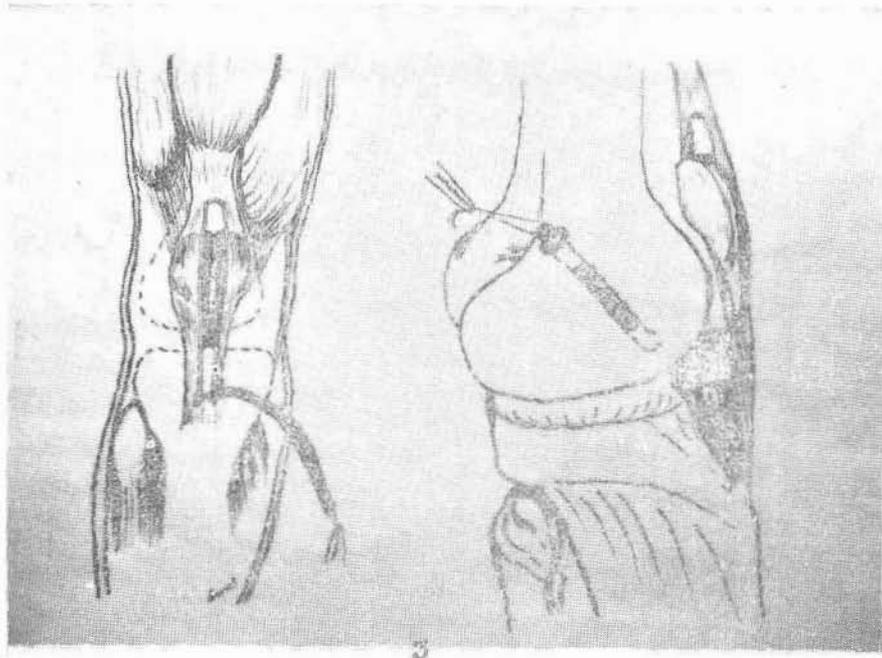
Dibujo 1A: Incisión pararotuliana interna que va unos 4 cms., por arriba de la rótula hasta el nivel de la tuberosidad anterior de la tibia.

Dibujo 1B: Se profundiza la incisión de piel hasta la articulación de la rodilla siguiendo la línea de ella. Y el área de donde se va a tomar el nuevo ligamento se delimita.

Dibujos 2A y 2B: Flexionada la rodilla se practica un canal en el cóndilo externo en el aspecto interno de él, en el espacio intercondilar, empezando en el margen donde termina el cartílago articular en esa zona, dirigiendo la broca de abajo arriba de adelante a atrás y de adentro a afuera, hasta la cortical posterior del tercio inferior del fémur.

Dibujo 3: Con bisturí se separa el fragmento del tendón cuadriceps que tendrá 4 a 5 cms., de largo por 1½ de ancho. Se continúa en la rótula con bisturí primero, luego con la sierra eléctrica.





ca, cortando un bloqueo óseo de corte transversal triangular, continuando con bisturí el corte de las mismas dimensiones que el cuadrícipital hasta la inserción del tendón rotuliano, este colgajo del tendón-hueso-tendón es pasado a la articulación y luego por el canal en el cóndilo externo, previamente hecho se exterioriza por detrás del condilo el fragmento del tendón cuadrícipital y se coloca en su máxima tensión fijándolo firmemente el periosteo adyacente con puntos de seda,

Dibujos 4A y 4B: Aspecto anterior del defecto quirúrgico producido una vez que el colgajo osteotendinoso fue colocado. Y reparación con suturas de las incisiones tendinosas y en la cápsula.

Al paciente se le coloca un tubo de yeso con 10 de flexión por cuatro semanas. Después se le hará practicar ejercicios activos, y se le dará fisioterapia, aproximadamente por tres semanas, luego se le instruye para que realice por sí mismo ejercicios adecuados hasta lograr la completa restitución de sus movimientos normales. Esto será alrededor de los seis meses de operado. Cuando han usado muletas se le han retirado entre las seis y ocho semanas.

Nº 1.—J. A. B. Masculino de 26 años. Accidente de trabajo. Ruptura del menisco interno, rodilla izquierda.

Se le practicó menisectomía, el 26 de octubre de 1963. No fue visto por nosotros. Regresa el 17 de febrero de 1964 alegando inestabilidad de la rodilla y molestias dolorosas, esta vez es visto por nosotros en el Instituto Nacional de Seguros y comprobamos signo del cajón anterior, se diagnostica ruptura del ligamento cruzado anterior y se interna para su tratamiento quirúrgico. Evolución satisfactoria post-operatoria. Resultado final: paciente camina bien, sin dolor, clínicamente hay discreta movilidad hacia adelante al explorar signo del cajón.

Nº 2.—L. M. J. Femenino, de 18 años. Accidente hacía 8 meses se queja hidroartrosis, edema, dolor, e inestabilidad de la rodilla izquierda. Ingresó el 13 de mayo de 1964 con diagnóstico de ruptura menisco interno y ligamento lateral interno. Se le practica artrografía con medio positivo y es reportada con ruptura del cuerno posterior del menisco interno y del ligamento lateral interno. Se operó y se le practicó menisectomía interna. Evolución post-operatoria sin complicaciones. No fue tratada en esta ocasión por nosotros. Ingreso de nuevo al Hospital vista por nosotros, se quejaba de inestabilidad de la rodilla izquierda. En la exploración se encontró: bostezo en el espacio interarticular interno, y signo del

cajón anterior más acentuado. Se diagnostica: ruptura del Ligamento cruzado anterior y esguince del ligamento lateral interno. Se interna para operación de K. G. Jones. Se realizó y tuvo un post-operatorio sin complicaciones. Resultado final: Se corrigió el signo del cajón y la inestabilidad anterior. Continúa con el hostezo interno. La paciente camina muy bien, tiene arcos completos de movilidad y no tiene dolor.

Nº 3.—J. A. B. Masculino de 26 años, Se interna por trauma reciente en la rodilla izquierda. Diagnóstico de ingreso: Ruptura del menisco interno de rodilla izquierda. Fecha 26 de octubre de 1963. Se le practicó menisectomía interna de la articulación correspondiente.

Como dato de interés anotó el cirujano que dejaba el cuerno posterior que estaba bien implantado. Tampoco fue visto por nosotros este paciente en este ingreso. Post-operatorio satisfactorio.

Se interna por segunda vez el 17 de febrero de 1964. Con el diagnóstico de ruptura antigua de ligamento cruzado anterior. Previa menisectomía interna rodilla izquierda. El paciente se queja de dolor residual y de inestabilidad que no le permitía caminar bien. Se preparó y se le practicó la operación de K. G. Jones, con una revolución post-operatoria muy satisfactoria. Resultado final: el paciente pese a ser un paciente asegurado por el Instituto Nacional de Seguros refiere mejoría respecto al dolor y a la ambulación, pero se queja que tiene problemas al doblar la rodilla fuertemente, o usar la articulación violentamente. Clínicamente persiste un signo débil del cajón. Movilidad completa.

CONCLUSIONES: El Doctor Jones reportó resultados excelentes. En nuestros pocos casos sólo uno de ellos se consideró como excelente y fue una mujer. Los otros dos el resultado puede considerarse bueno y hay que anotar que se trata de dos pacientes asegurados en los cuales a veces es difícil obtener datos verdícos, respecto al resultado final según su opinión. Los tres casos fueron operados en otras ocasión por ruptura de meniscos, y en uno diagnosticaron lesión del ligamento lateral interno, y en esas ocasiones no se describió la lesión del ligamento cruzado anterior. Creemos que la técnica es muy sencilla y útil y que debe practicarse como una técnica de elección cuando se presenten este tipo de problemas.