

Alineación patelo femoral por Técnica Endoscópica Extraarticular (*Chow*)

Dr. Diego Fernando Pérez Espinosa (*)

RESUMEN: Objetivo: Evaluación de los resultados a corto plazo de la Liberación Endoscópica del Retináculo Lateral con técnica de Chow.

Desde diciembre de 1992 a diciembre de 1993, 27 rodillas (18 pacientes) fueron tratadas con esta técnica.

La indicación para la cirugía fue el dolor anterior de rodilla, resistente al tratamiento conservador durante un mínimo de 3 meses.

El diagnóstico fue de Subluxación Crónica de Rótula en 15 rodillas, y Síndrome de Compresión Lateral de la Rótula en 12 rodillas.

Hubo 10 pacientes femeninos y 8 masculinos. El promedio de edad fue de 35,4 años (rango 15-64). El promedio de seguimiento fue de 8,3 meses (rango 3-14).

Las complicaciones fueron un caso de hemartrosis, un caso de distrofia simpática refleja de la rodilla, y cuatro casos de dolor sobre el tendón rotuliano en el período de rehabilitación.

Los resultados fueron satisfactorios en 24 rodillas (89%).

Hubo 3 rodillas (11%) con resultados no satisfactorios, 2 de ellas relacionadas con Condromalacia de rótula grado III y IV. El otro caso es el paciente masculino con distrofia simpática refleja.

SUMMARY: Objective: Report of early results of endoscopic lateral release with Chow's technique.

Between December 1992 and December 1993, 23 knees (18 patients) were treated by Endoscopic lateral release.

The indication for surgery was anterior knee pain resistant conservative treatment over three months.

The diagnosis was chronic subluxation in 15 knees and lateral patellar compression syndrome in 12 knees. Patients with history of recurrent dislocation of the patella or prior knee surgery were included of this study.

There were 10 females and 8 males, the average age was 35,4 years (range 15-64). The average follow up was 8,3 month (range 3-14).

Complications were in one case of Hemarthrosis, one case of reflex sympathetic dystrophy of the knee and four cases of pain of the Patellar Tendon during the rehabilitation.

Twenty four knees (11%) with no satisfactory results. Two were related with grade III and IV of Chondromalacia. The other case was a male who developed the R. S. D.

INTRODUCCION

El tratamiento de la patología patelofemoral ha sido objeto de estudio de distintos autores, que mediante técnicas variadas que incluyen desde la realineación

proximal o distal del aparato extensor, plásticas de liberación o retensado de los retináculos hasta complejas osteotomías, han intentado solucionar una patología variada y compleja.

En 1959 Cotta⁽³⁾ describió 137 técnicas quirúrgicas para el tratamiento de los trastornos patelofemorales. La mayor morbilidad de cirugías extensas agregada al hecho de que en general se trata de pacientes jóvenes, deportistas, muchas

* Para optar a Miembro Titular de la ASOCIACION ARGENTINA DE ARTROSCOPIA

veces femeninos, han hecho seleccionar una técnica menos cruenta que permita una rehabilitación rápida y una mayor cosmesis como una primera etapa en el tratamiento de los trastornos de desalineación patelofemoral.

La Rehabilitación del Retináculo Lateral (L. R. L.) es un procedimiento simple y ampliamente aceptado para el tratamiento del dolor patelar, generado por la desalineación patelofemoral. Exige una apropiada selección del paciente y una técnica correcta para alcanzar los mayores porcentuales de éxito que ronda entre el 80 y 85% según las distintas series ⁽⁵⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾.

Willner (4) en 1970 es el primero en reportar la L. R. L. reseca una lonja de fascia paralela al vasto lateral y a la rótula.

Posteriormente, Merchant y Mercer ⁽⁵⁾ en 1974 y Ficat y Hungerford ⁽⁶⁾ en 1977 realizan la L. R. L. a cielo abierto con resultados buenos o excelentes de 85% y 76% respectivamente.

En 1976, Chen ⁽⁷⁾ presenta el método con un bisturí especialmente diseñado para realizar la liberación en forma percutánea y a ciegas.

En 1981, Mc Ginty y Mc Carthy ⁽⁸⁾ presentan una técnica endoscópica mixta utilizando una tijera de mayo y una tijera de artroscopía.

Fox y col, ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾ en 1982 presentan una técnica utilizando el electrobisturí bajo agua, realizando el corte y la hemostasia desde la articulación bajo visión artroscópica.

En este trabajo se presenta experiencia realizada con la técnica endoscópica de L. R. L. desarrollada por Chow y presentada en 1992 ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾. La posibilidad de realizar técnica bajo control endoscópico en forma extraarticular, nos posibilita:

MATERIAL Y METODO

Fueron operados con esta técnica 18 pacientes, con un número total de 27 rodillas, en un período comprendido entre diciembre de 1992 y diciembre de 1993. Ocho pacientes masculinos y 10 femeninos con una edad promedio de 35,4 años (rango 15-64 años). El procedimiento fue realizado en 9 pacientes en forma bilateral y en 9 unilateral (derecha =3; izquierda =6). El seguimiento promedio fue de 8,3 meses (rango 3 a 14 meses). (Ver Tabla 1).

En todos los casos la indicación quirúrgica fue el dolor patelofemoral, que no respondió al tratamiento kinesiológico.

Los pacientes con antecedentes de luxación de

TABLA 1: MATERIAL

18 pacientes - 27 rodillas
Período: Dic. 1992 - Dic. 1993
8 masculinos - 9 femeninos
Edad: 35,4 a (Mín= 15 a - Máx= 64 a)
9 Bilateral
9 Unilateral
Seguimiento= 8,3 m (Min. 3m-max.=14m)

rótula o de cirugía sobre el aparato externo fueron excluidos de este estudio.

La localización del dolor fue variable, referido por los pacientes como anterior en 11 rodillas (40,7%), interno en 8 rodillas (29,7%), posterior en 4 rodillas (14,8%).

La sensación de inestabilidad o pseudobloqueo se presentó en 20 rodillas (74%), los crujidos patelofemorales en 19 rodillas (70%), el signo del cinematógrafo en 12 rodillas (44%) y el test de aprensión positivo sólo en 3 rodillas (11%).

Al examen físico se encontró un crépito de grado variable en 15 rodillas (55,5%), que se correlacionó con el hallazgo de condromalacia durante la artroscopía (17) y (18).

La movilización externa de la rótula en ningún caso fue mayor del 50%, correlacionándose con la ausencia de antecedentes de luxación o disrupción del retináculo medial (19).

La evaluación del ángulo Q en extensión reveló un valor aumentado en 15 rodillas (55,5%), siendo el valor normal hasta 15 grados (20). En ningún caso el valor patológico excedió los 25 grados.

Los pacientes fueron evaluados con radiografías simples de frente, perfil y axial de rótulas. En algunos casos se evaluó la articulación patelofemoral con T. A. C. o R. M. I.

Se utilizó el método de Insall-Salvati para determinar la presencia de patela alta o baja ⁽²¹⁾.

La subluxación se evaluó con el ángulo de congruencia de Merchant ⁽²²⁾ y la inclinación patelar con el método de Laurin ⁽²³⁾.

En base a la evaluación clínica y radiográfica se diagnosticaron 15 casos de subluxación de rótula y 12 de síndrome de hiperpresión lateral de la rótula.

Realizada la artroscopía previa a la L. R. L. se diagnosticaron lesiones de condromalacia rotuliana secundaria, que fueron categorizadas de acuerdo a la Clasificación de Outerbridge en 4 grados ⁽²⁴⁾.

Tabla II.

TABLA II: CONDROMALACIA ROTULIANA

Grado	Nº de rodillas	
I	6	(22,3%)
II	10	(37%)
III	10	(37%)
IV	1	(37%)

Los grados III y IV fueron tratados mediante condroplastía artroscópica. Los grados I y II no fueron tratados específicamente.

Se evaluó el centrado patelofemoral siendo considerado como lateral en todos los pacientes (25).

La patología asociada hallada en la artroscopía fue: lesión de menisco interno en 4 rodillas (14,8%) y plica sinovial en 2 rodillas (7,4%).

Anatomía quirúrgica

El retináculo lateral rotuliano está formado por: a) una fascia superficial oblicua que se origina en el tracto iliotibial y corre a insertarse en el vasto lateral hasta el tendón rotuliano, b) una fascia profunda transversa que se origina en la parte más profunda del tracto iliotibial y se inserta en el borde lateral de la rótula. En el límite superior y en el mismo plano, encontramos el ligamento patelofemoral descrito por Kaplan (16), que se dirige desde el septum intermuscular y el epicóndilo lateral del fémur al borde superoexterno de la rótula. En el límite inferior, el ligamento patelotibial o patelomeniscal se dirige desde el borde inferior de la rótula hasta la inserción del menisco externo y el margen anterior de la tibia.

Estos ligamentos funcionalmente actúan trasladando la rótula hacia externo y posterior sobre los cóndilos femorales al aumentar el rango de flexión, brindando una función estática y dinámica a la vez dada su estrecha dependencia con el vasto externo y la bandeleta iliotibial. Este desplazamiento rotuliano es contrarrestado y balanceado por los estabilizadores mediales en condiciones normales. Cualquier factor que debilite a estos últimos hará prevalecer los estabilizadores laterales, provocando "tilt" o inclinación lateral, subluxación, luxación o síndrome de hiperpresión de la rótula.

La principal complicación de la L. R. L. es la hemartrosis. Esto se debe a la rica vascularización dada por el círculo vascular peripatelar conformado por las arterias geniculadas laterales y mediales, superiores e inferiores respectivamente, que envían sus anastomosis y ramas de irrigación, conformando un tramado vascular de fácil disrupción con cualquiera de las técnicas de L. R. L.

Técnica quirúrgica

Intervenimos los pacientes con anestesia general, en decúbito dorsal. Se coloca el manguito hemostático que se usa en caso de necesidad. Se realiza la antisepsia y colocación de los campos quirúrgicos como de costumbre. En primer lugar, se procede a realizar una artroscopía de rutina por las vías habituales anteromedial y superomedial y se resuelven otras patologías asociadas.

El centrado rotuliano lo evaluamos tanto desde el portal anterolateral como superomedial, realizando la flexoextensión y de acuerdo a los criterios de Grane y col. al alcanzar los 45 grados de flexión la rótula debe estar centrada en la tróclea. Otro parámetro evaluado es la lateralización o subluxación que es de mejor acceso a través del portal superomedial.

Utilizamos para el procedimiento la cánula fenestrada y los elementos de corte diseñados por Chow para el tratamiento endoscópico del túnel carpiano. Mediante un marcador estéril, con la rodilla en extensión, se delinea el corte sobre la piel, paralelo al eje mayor de la rótula y a 1 cm aproximadamente del borde lateral de la misma. Al flexionar la rodilla unos 45-60 grados la línea curva se rectifica, lo que justifica el uso de la cánula recta.

La técnica original describe la introducción de la cánula a través del portal anterolateral progresándolo en forma subsinovial. Nosotros hemos modificado este punto e introducimos la cánula tanto desde el portal superolateral como el inferolateral bajo visión artroscópica, pudiendo ver la progresión subsinovial de la misma.

Luego colocamos el artroscopio en la cánula, desde distal a proximal, observamos las estructuras y realizamos el corte. Se coagulan los vasos con un electrobisturí con aislación plástica a través de la cánula. Antes de retirar, giramos la cánula 180 grados, con la fenestración hacia la articulación. De esta manera, nos aseguramos en no dejar ningún componente del retináculo lateral que no haya sido cargado con la cánula. Retiramos los elementos y examinamos la inclinación o "tilt" lateral de la rótula, que debería alcanzar entre 45 y 90 grados (6) y reiteramos el examen artroscópico del centrado patelofemoral. Si se considera finalizada la intervención, se coloca un hemosuctor. Se realiza un vendaje compresivo sobre la zona cruenta.

Post-operatorio

Durante el primer día post-operatorio se permite la deambulación, se inician ejercicios de flexoexten-

sión e isométricos de cuádriceps en extensión.

Se reitera el vendaje compresivo y los puntos a los 7 días del post-operatorio y se reinicia un plan de rehabilitación gradual. Se permite flexoextensión libremente y sin carga, ejercicios isométricos en extensión y con un arco de movimiento de hasta 30 grados, con carga progresiva, así como ejercicios isotónicos de los músculos isquiotibiales.

Luego de 45 días y de acuerdo a la evolución, se permite la marcha sobre cinta, natación y bicicleta fija sin carga.

A los 90 días se permite habitualmente la práctica de deportes.

RESULTADOS

Los resultados fueron evaluados de acuerdo al sistema de graduación utilizados por Lankener y col. de la Facultad de Medicina de Harvard (26). Se consideró la flexoextensión, el nivel de actividad física, el dolor, la sensación de inestabilidad y la fuerza muscular.

Tabla III.

TABLA III: RESULTADOS

Excelente:	*movilidad completa *actividad normal *dolor o inestabilidad: No *fuerza muscular normal
Bueno:	*movilidad completa *actividad limitada en grandes esfuerzos *dolor moderado y frecuente similar al pre-operatorio *inestabilidad ocasional *fuerza muscular disminuida menor al 30%
Malo:	*movilidad disminuida *actividad diaria disminuida *dolor mayor al pre-operatorio *inestabilidad frecuente *fuerza muscular disminuida menor al 50% *necesidad de una reoperación

Evaluados en general los resultados fueron excelentes en 14 casos (52%), buenos en 10 casos (37%), regulares en 3 casos (11%) y en ninguno malo; totalizando el 89% de resultados satisfactorios y un 11% de no satisfactorios.

Los resultados entre hombres y mujeres fueron similares. Los hombres presentaron 12 casos con resultados en 6 (50%), buenos en 5 (38%), regulares en 1 (12%). Las mujeres presentaron 15 casos con resultados excelentes en 8 (53%), buenos en 5 (33%) y regulares en 2 (14%).

Tabla IV.

TABLA IV: RESULTADOS HOMBRES /MUJERES

RESULTADO	HOMBRES	MUJERES
EXCELENTE	6 (50%)	8 (53%)
BUENO	5 (38%)	5 (33%)
REGULAR	1 (12%)	2 (14%)
MALO	-	-
TOTAL	12 (100%)	15 (100%)

Evaluados los resultados en los casos con condromalacia se dividieron estos de acuerdo al grado de lesión y al tratamiento de condroplastía efectuado en los grados III y IV.

Los resultados fueron para los Grados I y II: con 16 casos, excelentes en 8 casos (50%), buenos en 6 (27,5%) y regulares en 2 (12,5%).

En los grados III y IV con 11 casos, excelentes en 3 casos (27%), buenos en 7 casos (64%) y regulares en 1 (9%). TABLA V.

TABLA V RESULTADOS GRADOS DE CONDRIMALACIA

RESULTADO	GRADO I/II	GRADO III/IV
EXCELENTE	8 (50%)	3 (27%)
BUENOS	6 (37,5%)	7 (64%)
REGULAR	2 (12,5%)	1 (9%)
MALO	-	-
TOTAL	16 (100%)	11 (100%)

Las complicaciones del método fueron dolor sobre el tendón rotuliano en 4 casos (14,8%), hemartrosis en 1 caso (3,7%) y distrofia simpática refleja de la rodilla en 1 caso (3,7%).

No se presentaron complicaciones graves como infecciones, trombosis venosa profunda ni tampoco complicaciones inherentes al método como subluxación medial de la rótula, síndrome de atrapamiento rotuliano o rigidez de la rodilla.

CONCLUSIONES

El dolor patelofemoral de origen displásico refractario al tratamiento kinesiológico durante al menos 3 meses, es pasible de tratamiento quirúrgico.

La L. R. L. en displasias patelofemorales es un procedimiento ampliamente aceptado con resultados satisfactorios en un gran porcentaje de los casos.

La técnica endoscópica presenta ventajas de ser un método extraarticular que nos permite la hemostasia bajo visión directa, disminuyendo el riesgo de hemartrosis. Es estéticamente aceptable, requiere un instrumental simple y la curva de aprendizaje es rápida.

Los resultados de la L. R. L. según sexo y grado de condromalacia con o sin condroplastía, no demostraron diferencias significativas entre los grupos estudiados a corto plazo. Se requieren controles a largo plazo para extraer datos más concluyentes al respecto.

DISCUSION

Este trabajo se basa en un estudio retrospectivo sobre 27 rodillas operadas con un nuevo método de L. R. L. por vía endoscópica con un seguimiento a corto plazo.

Los resultados obtenidos en un 89% satisfactorios, coinciden con los informes preliminares de otros autores ^{(8) (14) (27) (28)}, aunque debamos esperar más tiempo de evolución para determinar los resultados finales del método. De acuerdo a estos autores, es esperar un cierto deterioro de los resultados con el tiempo.

Meechant y Ficat y Hungerford ^{(2) (6)} consideran a la condromalacia como secundaria a la desalineación patelofemoral, siendo una manifestación del exceso de carga de las facetas rotulianas durante la flexo-extensión.

Kronpinger y Fulkenson ⁽²⁷⁾ y Micheli y Stanitski ⁽²⁸⁾ evalúan los resultados de la L. R. L. a 18 meses en pacientes con condromalacia, hallando resultados satisfactorios en un 79% y 77% respectivamente.

Simpson y Barret ⁽³¹⁾ no hallaron diferencias significativas entre dos grupos tratados con L. R. L. en uno de los cuales realizaron la condroplastía de la lesión rotuliana con un seguimiento promedio de 15 meses. Metcalf ⁽¹⁴⁾ evaluó sus resultados entre hombres y mujeres a los que realizó L. R. L. a los 12 y 48 meses de seguimiento. Encontró una disminución de los resultados satisfactorios en las mujeres de 86% a 69%. En nuestro grupo de estudio, los resultados satisfactorios entre hombres y

mujeres fueron de 88% y 86% respectivamente, no encontrándose diferencias significativas.

Dentro de los procedimientos artroscópicos, la L. R. L. es uno de los que presentan más altos índices de complicaciones ⁽³⁰⁾. La hemartrosis ha sido el más frecuente dada la rica vascularización sinovial y la estrecha relación entre el retináculo lateral y la arteria geniculada lateral superior o una de sus ramas.

Los índices de hemartrosis variaron en las distintas series de los procedimientos subcutáneos. Simpson y Barret ⁽³¹⁾ presentaron el más alto con 42%, Metcalf ⁽¹⁴⁾, 10%, Mc Ginty y Mc Carthy ⁽⁸⁾, 5% y Ferkel ⁽¹⁰⁾, 0% quien utilizó la técnica con electrobisturí bajo agua.

En nuestra serie se presentó un caso de hemartrosis (3,7%) que ocurrió en las primeras intervenciones interpretándose como derivado de un error técnico.

La técnica endoscópica nos permite realizar el corte, dejando indemne la membrana sinovial, lo que no sólo disminuye el dolor post-operatorio, sino también disminuye el riesgo potencial de la hemartrosis. Por otra parte, existe la posibilidad de coagular los vasos con electrobisturí o evitarlos mediante maniobras sencillas.

Otra complicación que se presentó fue el dolor rotuliano en 4 casos (14,8%). Se interpretó como errores en la rehabilitación post-operatoria, en especial al uso de máquinas de cuádriceps con carga en todo rango de flexoextensión. Fueron solucionados modificando estos aspectos y curados sin dejar secuelas.

El caso con distrofia simpática refleja se halla en tratamiento farmacológico y kinesiológico. Se encuentra entre los resultados regulares.

No se presentaron complicaciones como lesión de la piel por el uso de electrobisturí ⁽³²⁾, ni por exceso de liberación del vasto lateral como la subluxación medial de la rótula ⁽³³⁾.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Merchant AC: Classification of Patellofemoral Disorders. *Arthroscopy* Vol. 4, Nº 4, pp 235-240, 1988.
- 2) Ficat P et al.: Syndrome d'Hyperpression Externe de la Rotule. *Rev. Chir. Orthop.* 61:39, 1975.
- 3) Cotta H: Zur Therapie der Habituellen Patellaren Luxation. *Arch. Orthop. Unfallchir.* 51:256, 1959.
- 4) Willner P: Recurrent Dislocation of the Patella. *Clin. Orthop.* 69:213, 1970.
- 5) Merchant AC y Mercer RL: Lateral Release of the Patella. *Clin. Orthop.* 110:177, 1975.
- 6) Ficat RP y Hungerford DS: Disorders of the Patello-

- Femoral Joint. Baltimore, Williams and Wilkins, Co., p. 123, 1977
- 7) Chen C et al.: Lateral Retinacular Release in Chondromalacia Patella. *Int. Rev. Rheumatol.* 33:35, 1976.
 - 8) Mc Ginty JB y Mc Carthy JC: Endoscopic Lateral Retinacular Release. *Clin. Orthop.* 158:120, 1981.
 - 9) Fox JH, Ferkel RD: Use of Electrosurgery in Arthroscopic Surgery. Editado por J. S. Parisien, New York, Mc Graw Hill, pp 315-324, 1988
 - 10) Ferkel RD: Lateral Retinacular Release in the Patellofemoral Joint. Editado por Fox JM y Del Pizzo W, New York, Mc Graw Hill, Capítulo 26, p. 309-325, 1993.
 - 11) Chow JC: 11th Annual Cherry Blossom Seminar. Octubre, 1992.
 - 12) Chow JC: U C L A Extension Seminar, Maui. Noviembre, 1992.
 - 13) Chow JC: Endoscopic Extra-articular Lateral Release. *Arthroscopy*: 9(3): 327-331, 1993.
 - 14) Metcalf RW: An Arthroscopic Method for Lateral Release of the Subluxation or Dislocation Patella. *Clin. Orthop.* 167:9, 1982.
 - 15) Larson RL et al.: The Patella Compression Syndrome: Surgical Treatment by Lateral Retinacular Release. *Clin. Orthop.* 134:158- 167, 1978.
 - 16) Kaplan E: Some Aspects of Functional Anatomy of the Human Knee Joint. *Clin. Orthop.* 23:18, 1962.
 - 17) De Haven KE et al.: Chondromalacia Patella in Athletes. Clinical Presentation and Conservative Management. *Am. J. Sports Med.* 7:1-12, 1979.
 - 18) Insall J: Chondromalacia Patellae: Patellar Malalignment Syndrome. *Orthop. Clin. North Am.* 10:117, 1979.
 - 19) Rosenberg T: Patellofemoral Pathology. Clinical Evaluation of the Patellar Restraints and Indications for Surgery. U C L A Extension Seminar, Maui, Noviembre, 1992.
 - 20) Ellison AE et al.: Athletic Training and Sports Medicine. Chicago, IL: American Academy of Orthopedic Surgeons, 2nd ed., p:354, 1991.
 - 21) Insall J, Salvati E: Patella Position in the Normal Knee Joint. *Radiology*, 101:101-104, 1971.
 - 22) Merchant AC et al.: Roentgenographic Analysis of Patello-Femoral Congruence. *J. Bone Joint Surg.*, 56A: 1391-1396, 1974.
 - 23) Laurin CA et al.: The Tangential X-ray Technique, Diagnostic Criteria and their Interpretation. *Clin. Orthop.* 144:16, 1979.
 - 24) Outerbridge RE: The Etiology of Chondromalacia Patellae. *J. Bone Joint Surg.* 43-B: 752-757, 1961.
 - 25) Jonshow LL: Arthroscopic Evaluation of the Patellofemoral Articulation. Editado por Fox JM y Del Pizzo W, New York, Mc Graw-Hill. Capítulo 29, p: 335-350, 1993.
 - 26) Lankenauer PH et al.: Arthroscopic Percutaneous Lateral Patellar Retinacular Release. *Am. J. Sports Med.* Vol. 14, Nº 4, p: 267-269, 1986.
 - 27) Krompinger WJ y Fulkerson JP: Lateral Retinacular Release for Intractable Lateral Retinacular Pain. *Clin. Orthop.* 179:191-193, 1983.
 - 28) Betz R et al.: The Percutaneous Lateral Retinacular Release. *Am. J. Sports Med.* Vol. 15, Nº 5, p: 477-482, 1987.
 - 29) Micheli LJ y Stanitski CL: Lateral Patellar Retinacular Release. *Am. J. Sports Med.* 9:3330-336, 1981.
 - 30) Small NC: An Analysis of Complication in Lateral Retinacular Release Procedures. *Arthroscopy* 5: 282-6, 1989.
 - 31) Simpson LA y Barret JP: Factors Associated with Poor Results Following Arthroscopic Subcutaneous Lateral Retinacular Release. *Clin. Orthop.* 186, p: 165-171, 1984.
 - 32) Lord MJ et al.: Thermal Injury Resulting from Arthroscopic Lateral Retinacular Release by Electrocautery: Report of Three Cases and Review of the Literature. *Arthroscopy* 7: 33-37, 1991.
 - 33) Kolowich PA et al.: Lateral Release of the Patella: Indications and Contraindications. *Am. J. Sports Med.* Vol. 18, Nº 4, p: 359-365, 1989.

COMENTARIO

Por: *Dr. Leonardo M. Tacus.*

Felicito al expositor por la presentación de un trabajo tan prolijo y correcto sobre un tema tan apasionante y tan controvertido.

Entiendo que es un interesante aporte a la solución de los trastornos de la hiperfricción Patelofemorales.

No estoy del todo convencido que, esta técnica sea para cualquier artroscopista que tenga menos experiencia y entrenamiento que posee este equipo de artroscopistas.

No estoy tampoco del todo en el pensamiento absoluto sobre las ventajas de la liberación subsinovial. No obstante aplaudo la iniciativa y creo debemos comparar los resultados alejados.

Esto no es una crítica, es solo un homenaje pero creo que los trabajos de Lanny Johnson, Pedro Guillen García, y en nuestro medio Ricardo Scaramuzza debieran constar en cualquier bibliografía sobre la patología femorrotuliana.