
CARTA AL EDITOR

Luego de leer en forma puntual el trabajo “Elección de injertos en la cirugía de reconstrucción del ligamento cruzado anterior: revisión de conceptos actuales” de los Dres. Horacio Rivarola Etcheto *et al.* en el número 29(2) de este año, me gustaría realizar algunos comentarios.

La ruptura del ligamento cruzado anterior (LCA) es hoy en día una de las lesiones más frecuentes en pacientes jóvenes que realizan deportes. La lesión del LCA se asocia a inestabilidad articular, deterioro de los resultados funcionales y lesiones meniscales, por eso, la mayoría de estos pacientes, especialmente si quieren continuar con la actividad deportiva, se someten a la reconstrucción del LCA (RLCA). Este procedimiento tiene como objetivo reestablecer la cinemática normal de la articulación de manera tal de disminuir el riesgo futuro de lesiones meniscales y condrales, prevenir así el deterioro articular y, además, facilitar el retorno a la actividad deportiva.^{1,2}

En los últimos cuarenta años, la técnica de RLCA ha evolucionado considerablemente. Antes de la década del ochenta, los procedimientos más habituales eran las reparaciones o reconstrucciones abiertas y los procedimientos extraarticulares aislados; además del uso de ligamentos sintéticos que se han abandonado debido a sus malos resultados. En la década del noventa, los procedimientos artroscópicos con autoinjertos, como el tendón rotuliano (hueso-tendón-hueso, H-T-H) e isquiotibiales (semitendinoso – recto interno, ST-RI) ganaron popularidad y se convirtieron rápidamente en el estándar de oro para la RLCA. En los últimos años, se agregó como alternativa firme el uso del tendón cuadriceps. A pesar de que los resultados actuales son satisfactorios en alrededor del 86% de los casos, continúa existiendo controversia en relación a la técnica quirúrgica y al tipo de injerto utilizado. Por eso es importante para los cirujanos entender la mejor evidencia posible de la elección del injerto. Conocer para cada tipo de injerto cuáles son sus beneficios y sus desventajas.

En nuestro equipo, en el Hospital Italiano de Buenos Aires, las primeras RLCA artroscópicas, en 1986, se hicieron con el uso del tercio central de tendón rotuliano.³ A partir de ahí, hasta el comienzo de los 2000, empezamos a utilizar isquiotibiales con el avance de la fijación de partes blandas. En la actualidad, empleamos para las RLCA los autoinjertos, con mayor frecuencia los isquiotibiales en relación al tendón rotuliano. Con baja incidencia del uso del tendón cuadriceps. Y utilizamos aloinjertos en casos especiales⁴ con preponderancia en lesiones multiligamentarias.

Basados en la literatura, el autoinjerto parece ser superior al aloinjerto en relación a su porcentaje de falla, resultados y retorno al deporte en jóvenes activos deportistas. Sin embargo, futuros estudios de alta evidencia serían claves para determinar si existen diferencias entre los autoinjertos, ya que la literatura apoya un injerto sobre otro cuando hablamos de tendón rotuliano e isquiotibiales.

Personalmente, considero que la clave de la RLCA no es el injerto, sino la técnica quirúrgica del cirujano. En la elección del injerto es bueno considerar la edad, disciplina deportiva, posición de juego, nivel de competencia y morbilidad de la zona dadora. Agregaría que cualquier injerto que se utilice en la RLCA debe ser embebido en vancomicina para disminuir el riesgo de infección.⁵

Hoy, además, en el momento de definir la RLCA, el cirujano debe considerar agregar un procedimiento extraarticular evaluando los criterios de inestabilidad del paciente.⁶ Para indicar esta cirugía realizamos una guía que incluye quince criterios divididos en mayores y menores. Los criterios mayores son seis y son los siguientes:

- *Pivot shift* grado III;
- Deporte de contacto;
- Atleta competitivo;
- ≤ a veinticinco años;
- Hiperlaxitud;
- Revisión del LCA.

Cada uno equivale a dos puntos, excepto en los casos de revisión del LCA que valen cinco puntos.

Los criterios menores son nueve, cada uno vale un punto y son los siguientes:

Artrometría: KT-1000 con ≥8 mm de diferencia lado a lado;

- Inestabilidad >6 meses;
- Antecedentes de lesión meniscal;
- Inestabilidad de la rodilla contralateral;
- Índice de masa corporal ≥30;
- Caída patillo tibial ≥10°;

- Traslación anterior severa de la tibia;
- Fractura de Segond;
- Impacto de cóndilo femoral externo.

Al aplicar las presentes pautas, el cirujano debe tener en cuenta los quince criterios para decidir la reconstrucción del complejo anterolateral (R-LAL). Cuando el caso alcanza diez o más puntos, es una indicación clara de R-LAL. En caso de ocho puntos, el cirujano deberá considerar cada caso en particular.⁷

En resumen, tengo altas coincidencias con lo descrito por los médicos del Hospital Austral en su trabajo. Considero que aporta y suma para los cirujanos artroscopistas.

Matías Costa Paz

BIBLIOGRAFÍA

1. Lohmander LS; Englund PM; Dahl LL; Roos EM. The Long-term consequence of anterior cruciate ligament and meniscus injuries. *Am J Sports Med*, 2007; 35(10): 1756-69. DOI: 10.1177/0363546507307396
2. Murawski CD; Van Eck CF; Irrgang J; Tashman S; Fu FH. Operative treatment of primary anterior cruciate ligament rupture in adults. *J Bone Joint Surg - American Volume*, 2014; 96(8): 685-94.
3. Costa-Paz M; García-Mansilla I; Marciano S; Ayerza MA; Muscolo L. Knee-related quality of life, functional results and osteoarthritis at a minimum of 20 years' follow-up after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee*, 2019; 26(3): 666-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.knee.2019.04.010>.
4. Gorodischer TD; García Mansilla I; Zícaro JP; Yacuzzi C; Costa Paz M. Reconstrucción del LCA en una paciente de 72 años. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Artroscopia*, 2020; 27(3): 119-22.
5. García Mansilla I; Zuain A; Zícaro JP; Yacuzzi C; Costa Paz M. Preparación del injerto con vancomicina y su incidencia en la disminución de infección luego de la reconstrucción del LCA. *Artroscopia*, 2022; 29(1): 8-13.
6. Costa Paz M; Yacuzzi C; Zícaro JP; Zuain A. Guía práctica para la indicación de la reconstrucción del ligamento anterolateral de rodilla. *Artroscopia*, 2020; 27(3): 132-5.
7. Garcia-Mansilla I; Zicaro JP; Fernando Martinez E; Astoul J; Yacuzzi C; Costa-Paz M. Overview of the anterolateral complex of the knee. *World J Clin Cases*, 2022; 10(24): 8474-81. DOI: 10.12998/wjcc.v10.i24.8474.