

Localización del túnel tibial en la reconstrucción del ligamento cruzado anterior

Se detallan puntos salientes del trabajo de Douglas W. Jackson y Seth I. Gasser publicado en la revista *Arthroscopy* Vol. 19 N°2, 1994, página 124-131.

Varios son los factores que contribuyen al éxito cuando se debe tratar una rodilla que sufre una inestabilidad por ruptura del ligamento cruzado anterior (L. C. A.) a saber:

1. Selección del paciente.
2. Técnica adecuada.
3. Rehabilitación postoperatoria.

En lo técnico, mucho se estudió sobre el anclaje proximal, en cuanto a la rigurosidad de su ubicación, pero se era más tolerante en cuanto a su inserción distal. Se detallará entonces sobre la localización, angulación y longitud que debe tener el túnel tibial.

Basándose en el pasado embriológico con orígenes metaméricos comunes, Jackson concluye que existe reparos constantes a tener en cuenta al momento de labrar el túnel distal.

Específicamente se refiere a la relación existente entre el menisco externo y el L. C. A. Este se fija a la tibia deslizando la distribución de sus fibras más anteriores en el cuerno anterior del menisco externo. Estas fibras anteriores son las de mayor longitud y se insertan proximalmente en la parte más alta del techo intercondíleo.

Cuando se pasa de la extensión a la flexión de la rodilla el L. C. A. sufre una torsión sobre su eje longitudinal de 90°.

Destaca que ningún injerto puede recrear esa virtud, pero se concluye que llevando la colocación del injerto algo más a posterior en la tibia, se puede mejorar la función del mismo.

REPAROS ANATOMICOS CONFIABLES

1. Cuerno anterior del menisco externo.
2. Espina medial de la tibia.
3. Ligamento cruzado posterior.
4. Muñón distal del L. C. A.

El punto central del orificio tibial (por donde debe

pasar el alambre guía) se halla, en el sentido antero-posterior, en la prolongación del borde libre del cuerno anterior del menisco externo hacia el intercondileo, al que cruza 6-7 mm, por delante del L. C. P. y a su vez se corresponde a una depresión que se halla medial a la espina tibial interna. Si dividimos, en sentido antero-posterior, el muñón del L. C. A., éste punto debe estar en su mitad posterior.

En el sentido transversal este punto se debe hallar justo en el centro del muñón del L. C. A. (menciona otro reparo pero creo que puede confundir).

La rama intraarticular del compás se coloca, con rodilla a 90°, con una angulación de 60° con respecto al plano de los platillos tibiales.

Se debe tener en cuenta que el alambre guía llegará a la articulación 2-3 mm. por delante de la punta de la guía. El túnel debe medir entre 45-55 mm. de longitud.

OTROS DETALLES TECNICOS

Finalizando el túnel tibial se debe bridar bien el orificio articular a fin de resevar los restos de detritus fibrocartilaginosos que se transformarán en granulomas, potenciales obstáculos para la extensión completa.

Trabajar sobre la pared interna del cóndilo externo se debe hacer cuando existe osteofitosis o, en casos crónicos que han terminado en obliteración del espacio intercondíleo. Debe quedar margen suficiente entre el L. C. P. y la pared del cóndilo para que pase el injerto a colocar pudiéndolo recostar levemente sobre el L. C. P.

En resumen: una buena ubicación del túnel tibial es uno de los múltiples factores que ayudan al éxito en la reconstrucción del L. C.

Pablo Kobrinsky