

Ruptura aguda del ligamento cruzado anterior.

Nuestra experiencia

Autores:

Dres. Larrain Mario, Solessio Jorge, Montenegro Hugo, Botto Guillermo

Este trabajo, tiene como finalidad, relatar nuestra conducta en el diagnóstico y tratamiento de la ruptura aguda del ligamento cruzado anterior. Se describen las lesiones ligamentarias y meniscales asociadas y su tratamiento.

MATERIAL Y METODOS

Sobre 310 cirugías realizadas, se estudiaron 57 pacientes deportistas con ruptura aguda del LCA, que han sido atendidos y controlados en nuestro consultorio durante el período 1988-1993 y tratados con cirugía artroscópica.

La edad promedio es de 21 años con un rango de 15 a 36. 43 de sexo masculino, rodillas derechas 33 e izquierdas 24.

Para evaluar la magnitud de la lesión, todos los pacientes fueron sometidos a un examen bajo anestesia con posterior artroscopía. Se hizo hincapié en las maniobras ligamentarias; dándole importancia a la prueba de Lachman de 0 a **+, Pivot Shift de 0 a +++, Cajon posterior, Bostezos internos y externos en 0 y 30 grados de flexión. Se detallaron las lesiones intrarticulares asociadas.

Los 57 pacientes tuvieron como causa los accidentes deportivos con la siguiente distribución:

CUADRO 1

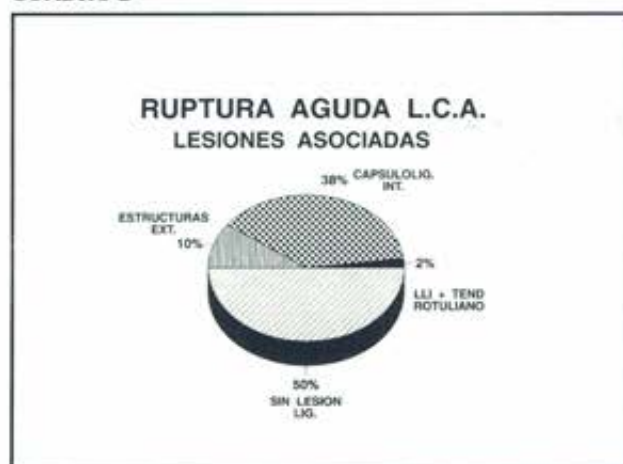
ACCIDENTES DEPORTIVOS

RUGBY	48%
FUTBOL	23%
SKY	16%
ATLETISMO	6%
PADDLE	2%
TENIS	2%
ARTES MARCIALES	2%
DANZAS	1%

En cuanto al mecanismo de producción en el 60 % de los casos fue por tratamiento indirecto.

Las lesiones ligamentarias asociadas que hemos encontrado fueron:

CUADRO 2



En cuanto a las lesiones meniscales halladas:

CUADRO 3



Las lesiones meniscales en cuanto a su morfología y localización fueron:

CUADRO 4

MENISCO INTERNO

DESINSERCIÓN PERIFÉRICA DEL 1/3 POSTERIOR	8 CASOS
VERTICAL LONGITUDINAL DEL 1/3 POSTERIOR	6 CASOS
ASA DE BALDE	3 CASOS
OBLICUA DEL 1/3 POSTERIOR	1 CASO

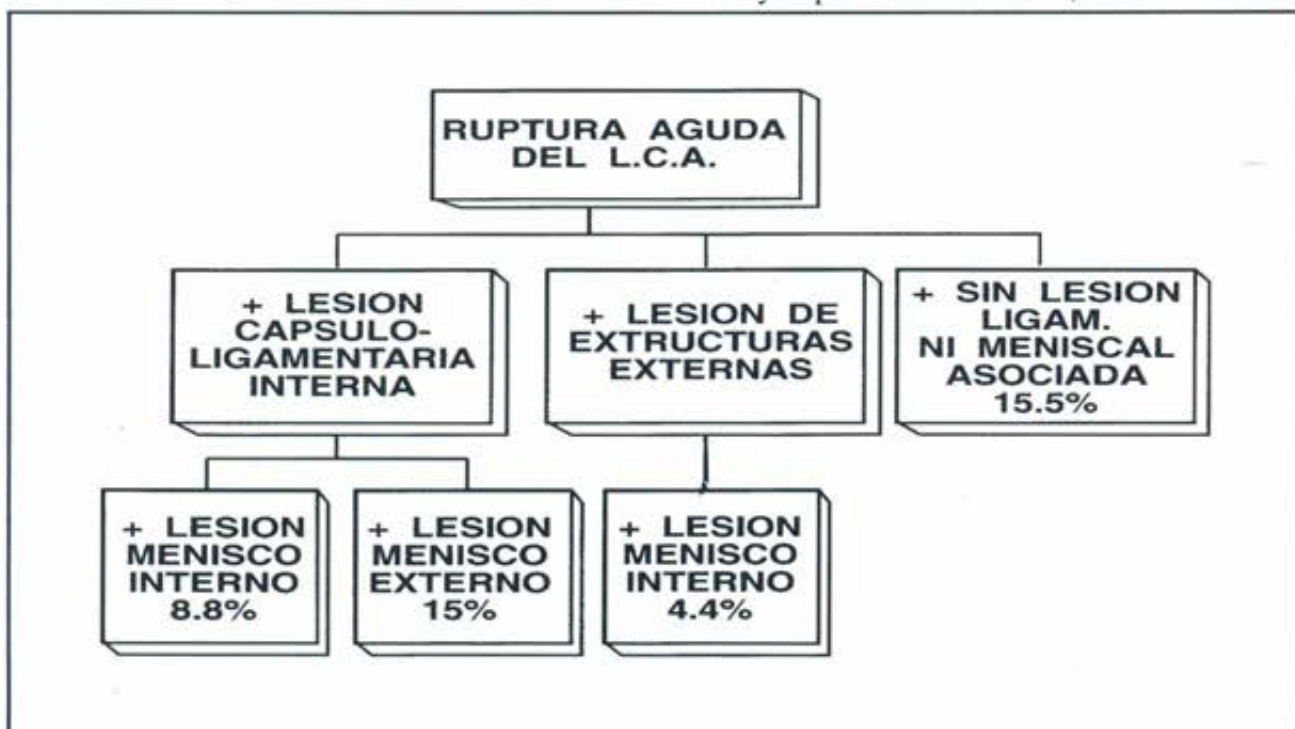
CUADRO 5

MENISCO EXTERNO

VERTICAL LONGITUDINAL DEL 1/3 POSTERIOR	9 CASOS
RADIAL DE 1/3 1/2	5 CASOS
COMPLEJA TRAUMÁTICA DEL 1/3 1/2	4 CASOS
OBLICUA CUERNO POSTERIOR	3 CASOS

Hemos observado las siguientes combinaciones

CUADRO 6



En todos los casos se decidió realizar la reconstrucción del LCA, en el mismo momento ya que se trataba de pacientes jóvenes, deportistas competitivos, que presentaban un Lachman y Pivot Shift ++/+++ y condiciones quirúrgicas generales y locales adecuadas.

Las técnicas utilizadas fueron:

Tendón Rotuliano (hueso-tendón-hueso) 56 casos

Semitendinoso 1 caso

En 8 casos se asoció a plástica retensado del sector capsulo ligamentario postero-interno. En 6 casos a plástica de estructuras externas. Se realizaron 8 suturas de menisco interno y 3 de menisco externo.

CUADRO 7

MENISCO INTERNO

PLÁSTICA CAPSULO-LIG. INT.	8 CASOS
PLÁSTICA DE ESTRUCT. EXT.	6 CASOS
SUTURA MENISCO ENT.	8 CASOS
SUTURA MENISCO EXT.	1 CASO

COMPLICACIONES

Tuvimos 4 casos de artrofibrosis, pacientes que no llegaban a 90 grados de flexión a los 2 meses de operados, encontrándose la rótula sin excursión lateral. De estos 2 presentaron lesión combinada de LCA. y Cápsula Postero-Interna, 1 lesión de LCA.

+ Cápsula Postero-interna + ruptura de tendón royliano, y 1 con lesión aislada de LCA.

Hubo 2 casos con déficit de los últimos grados de extensión y 1 caso con síndrome Cyclops.

En todos los casos se realizó una artroscopía, con su tratamiento adecuado.

DISCUSION

No encontramos diferencia entre la asociación de la lesión meniscal interna o externa en la ruptura aislada de LCA., siendo la más frecuente la lesión vertical-longitudinal de 1/3 posterior estas cuando fue posible, fueron suturadas.

La asociación de lesiones cápsulo-ligamentarias internas sí se acompañaron de un notorio aumento de las lesiones meniscales externas sobre las internas.

Las lesiones asociadas de las estructuras externas siempre fueron reparadas quirúrgicamente.

La lesión aislada de LCA. sin lesión meniscal la encontramos en 1/3 de los casos.

De acuerdo a las condiciones locales (derrame, tumefacción, movilidad articular) en las rupturas aisladas, realizamos la reconstrucción dentro de las primeras 3 semanas (promedio 10 a 15 días cuando tengamos una rodilla sin tumefacción importante y buen rango de movimiento. Si estas condiciones no se presentan preferimos diferir dicha reconstruc-

ción.

Cuando presenta lesiones capsulo-ligamentarias externas asociadas se realiza la reconstrucción externa y del LCA. dentro de las primeras 2 semanas.

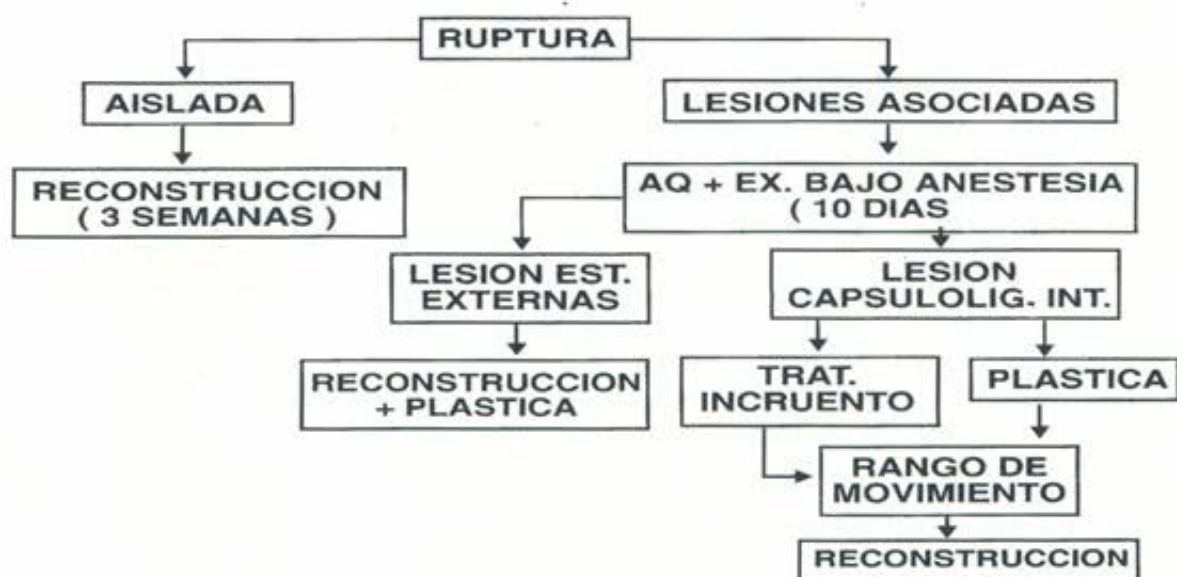
En los casos de lesión capsulo-ligamentaria interna asociada depende del compromiso de dichas estructuras y el estado global de la articulación. En los casos de lesiones de grados 1 y 2 con las condiciones antes mencionadas realizamos la reconstrucción sin ningún gesto sobre estructuras internas. En los grados 3 operamos aquellas que las condiciones locales lo permiten efectuando una reparación en la ruptura cápsulo-ligamentaria próximas al menisco suturando la bracha o el retensado de los grandes bolsillos suprameniscales, ambas con mini abordajes. En los otros casos de grandes lesiones internas, preferimos efectuar un tratamiento incruento funcional difiriendo la cirugía.

En cuanto el tratamiento post-operatorio existen diferencias en cuanto a las lesiones asociadas que se presentan. En las plásticas del LCA. aislada o asociada a menisectomía o suturas se comienza con movilización pasiva entre las 48 y 72 hs, durante 10 días.

En los casos de lesión asociada al complejo cápsulo-ligamentario postero-interno o estructuras externas, se comienza con movilización pasiva aproximadamente a la semana y se va incrementando la flexión más lentamente, dependiendo de la estabilización lograda intraoperatoriamente.

CUADRO 8

RUPTURA AGUDA L.C.A.



El resto del post-operatorio es igual en todos los casos, permitiendo apoyo progresivo a partir de la 3 semana salvo en los casos de sutura meniscal. Se retiró el inmovilizador y las muletas a la sexta semana. Se autorizó bicicleta y natación a los 2 meses, trote al 4 mes, tenía 5 meses, y la vuelta al deporte competitivo al 7 mes aproximadamente. CUADRO 8

COMENTARIO

Diferentes publicaciones muestran desiguales conductas ante la lesión aguda de LCA, con o sin lesiones asociadas. Estas van desde reparaciones totales en el mismo tiempo, lo antes posible, a

diferir la reconstrucción del pivote central luego de dejar cicatrizar estructuras perisféricas haciendo así "enfriar" y cronificar el proceso, creemos de importancia la diferenciación de los tipos de pacientes (deportistas o no), edad y el tipo de lesión asociada).

El total de los aquí presentados es de deportistas en plena actividad en los que una más rápida vuelta a su actividad física es deseada. Los tiempos de retoma de la misma no han diferido con aquellos en los que el cuadro ha sido cronificado.

Igual comentario referente a la movilidad salvo los 7 casos (12 %) en los cuales con cirugías menores se restituyó rápidamente la misma.

ROMED S.A. *ES ARTROSCOPIA*

INGENIERIA Y DISEÑO EN EQUIPOS MEDICOS, INSTRUMENTAL DE CIRUGÍA E IMPLANTES

**PROVEEDORES DE HOSPITALES Y OBRAS SOCIALES • CALIDAD ARTESANAL INSUPERABLE EN
INSTRUMENTAL, IMPLANTES Y EQUIPOS PARA CIRUGÍA ARTROSCOPICA • ENVIOS AL INTERIOR**

Oficina Ventas: Av. de Mayo 1316 - Piso 24 "C" - C.P. (1085) Capital Federal
Telefax: (01) 381-2528 Fábrica: Tel./Fax.: (01) 740-0013 - Tel.: (01) 736-0602
FRANCIA 199 - (1617) - El Talar - Pacheco - Buenos Aires - Argentina