

**REUNION CONJUNTA AAOT y SOCIEDAD ARGENTINA DE
TRAUMATOLOGIA DEL DEPORTE**

Tratamiento quirúrgico del ligamento cruzado posterior

Dr. ROBERTO J. AVANZI*

En 1987 presentamos el trabajo de "Lesiones del ligamento cruzado posterior. Su tratamiento quirúrgico", en la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología.

En ese momento teníamos 28 casos, los cuales fueron acumulados durante 7 años de trabajo. De esos 28 casos, 13 eran deportistas profesionales y todos regresaron a la actividad deportiva y el que menos jugó lo hizo por tres años más, luego de la operación. Dado que la cirugía que efectuábamos era una plástica dinámica —técnica de Hughston y Helfet Mac Murray asociadas (Esquemas 1 y 2)—, los resultados no eran evaluables objetivamente sino subjetivamente y según la gran premisa: ¿pudo volver a la práctica competitiva en el mismo nivel anterior a la cirugía?

Dado que los mejores resultados los habíamos obtenido con los deportistas, nos preguntábamos qué hubiera pasado si no los hubiésemos operado. Así fue que decidimos hacer un seguimiento de aquellos deportistas que con una ruptura aislada del ligamento cruzado posterior no fueron sometidos a cirugía, unos por temor a ella y por pasar inadvertidos en la gran mayoría. Así fue que en 1992 presentamos 41 casos de lesiones puras del ligamento cruzado posterior sin tratamiento quirúrgico, con un seguimiento mínimo de un año y máximo de veinte años.

Los síntomas más frecuentes encontrados fueron:

- Molestias al correr largas distancias.
- Molestias al subir o bajar escaleras.
- Claudicación sobre el terreno irregular.
- Inflamación postcompetencia.

Todos tuvieron como síntoma principal la sensación de "pierna floja" durante los primeros meses, pero invariablemente la recuperaron con el tiempo. El período de adaptación post lesión a su "nueva rodilla" varió entre tres y doce meses.

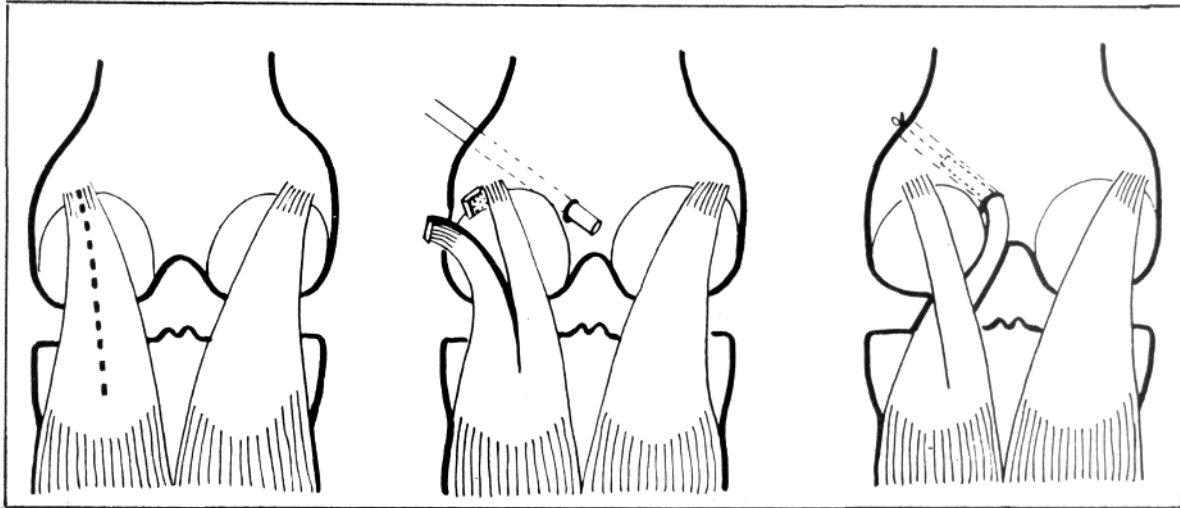
A todos se les indicó tacos de 1,5 cm y rehabilitación muscular a predominio de la cupla antepulsora gemelos-cuádriceps.

Es importante destacar que la mayoría de nuestros pacientes son futbolistas profesionales. Tienen a su favor la concientización de la hipertrofia muscular, pero en su contra los intensos trabajos a que someten a sus rodillas.

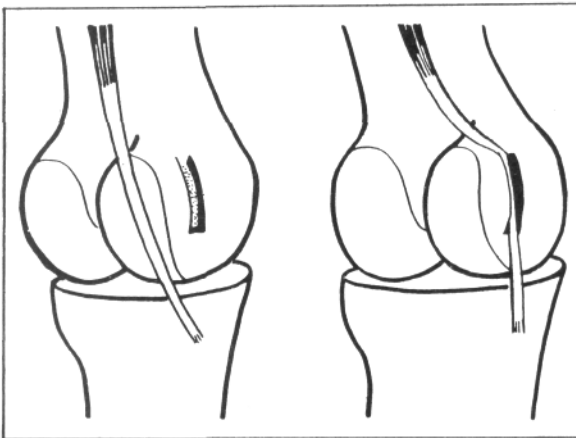
En 1992, de los 41 casos evaluados, 36 seguían jugando fútbol, 16 de ellos profesionalmente, 18 lo hacían en torneos "inter countrys" y 2 en forma recreativa. Los 5 restantes estaban inseguros para el fútbol y jugaban tenis y/o paddle, dos de ellos con rodilleras estabilizadoras. Ninguno de ellos consideraba que las limitaciones que sufrían justificaban una operación de reconstrucción. Si aceptamos este hecho como real, que algunos pacientes se mantienen libres de síntomas y tienen buena adaptación funcional al cabo de tres o doce meses, la indicación quirúrgica de toda lesión aislada del ligamento cruzado posterior debería ser cuestionada.

Sin embargo no hay duda de la indica-

* Gavilán 641, 7° "A", (1406) Buenos Aires.



Esquema 1. Técnica de Hughston.



Esquema 2. Técnica de Helfet Mac Murray.

ción quirúrgica de las desinserciones óseas tibiales con indemnidad del ligamento cruzado posterior y de aquellas rupturas del cuerpo tendinoso con lesiones asociadas.

Actualmente, siguiendo la tendencia mundial, comenzamos a colocar tendón rotuliano. Hacemos un abordaje posterior y seguimos los delineamientos preconizados por Clancy; no lo hacemos por vía artroscópica sino a cielo abierto.

Si se observa nuestra casuística se verá que desde 1980 hasta 1992 teníamos tan sólo 69 casos (promedio 5,3 casos por año) y recién en 1993 comenzamos con tendón rotuliano. Por tal razón nos llevará algunos años poder tener una casuística presentable con esta técnica.

Como conclusión hay que hacer una evaluación clínica muy importante y discutir con el deportista profesional los beneficios y perjuicios de uno y otro método antes de tomar una decisión.

En líneas generales, ellos se deciden por hacer una intensa rehabilitación, y sólo encaran la cirugía en caso de imposibilidad competitiva o para cuando se retiren del profesionalismo.

BIBLIOGRAFIA

1. Clancy WG Jr, Shelbourne KD, Zoellner GB et al: Treatment of knee joint instability secondary to rupture of the posterior cruciate ligament. Report of a new procedure. *J Bone Jt Surg* 65-A: 310-322, 1983.
2. Cross MJ, Powell JF: Long-term follow-up of posterior cruciate ligament rupture: a study of 116 cases. *Am J Sports Med* 12: 292-297, 1984.
3. Daniel DM, Akeson WH, O'Connor JJ: *Knee Ligaments. Structure, Function, Injury and Repair.* Raven Press, New York, 1990.
4. Degenhardt TC, Hughston JC: Chronic posterior-cruciate instability: non-operative management. *Orthop Trans* 5: 486-487, 1981.
5. Feagin JA: *The Crucial Ligaments.* Churchill Livingstone, New York, 1988.
6. Fowler PJ, Messieh SS: Isolated posterior cruciate ligament injuries in athletes. *Am J Sports Med* 15: 553-557, 1987.
7. Hughston JC, Bowden JA, Andrews JR, Norwood LA: Acute tears of the posterior cruciate ligament Results of operative treatment. *J Bone Jt Surg* 62-A: 438-450, 1982.
8. Hughston JC, Degenhardt TC: Reconstruction of the posterior cruciate ligament. *Clin Orthop* 164: 59-77, 1982.
9. Hughston JC: The absent posterior drawer test in some acute PCL tears of the knee. *Am J Sports Med* 16: 39-43, 1988.
10. Loos WC, Fox JM, Blazina ME et al: Acute posterior cruciate ligament injuries. *Am J Sports Med* 19: 86-92, 1981.
11. Parolie JM, Bergfeld JA: Long-term results of non-operative treatment of isolated posterior cruciate ligament injuries in the athlete. *Am J Sports Med* 14: 35-38, 1986.
12. Roth JH, Bray RC, Best TM et al: Posterior cruciate reconstruction by transfer of the medial gastrocnemius tendon. *Am J Sports Med* 16: 21-28, 1988.