

## Comentario de los trabajos presentados en la reunión conjunta

Dr. MIGUEL ANGEL CRESPO\*

Hemos asistido a una interesante puesta al día en lo relativo a las lesiones del ligamento cruzado posterior (LCP) observadas en ocasión de las prácticas deportivas. Los panelistas han desarrollado diferentes aspectos del tema: la anatomía, la biomecánica, el diagnóstico semiológico y por imágenes, la clasificación de las diferentes inestabilidades y el tratamiento, tanto funcional como quirúrgico.

El Dr. Lencina ha efectuado un excelente y bien documentado estudio anatómico del LCP, así como también de sus estructuras vecinas: los ligamentos meniscofemorales. Lo ha encontrado dividido en los dos clásicos fascículos, anterolateral y posteromedial, describiendo detalles de su tamaño, dirección, inserciones, vascularización e inervación.

Investigaciones recientes sobre la anatomía macroscópica y funcional del LCP lo describen como una estructura ligamentaria

continua, sin fascículos o bandas diferenciadas, estableciendo cuatro regiones denominadas anterior, central, posterolongitudinal y posterooblicua. Esta última es la más pequeña y es la única con inserciones isométricas, teniendo la mayor parte del ligamento inserciones francamente anisométricas. Por este motivo serían difíciles de conciliar los conceptos de la anatomía macroscópica con los del funcionalismo isométrico.

Coincidimos en que tanto las imágenes que nos brinda la resonancia magnética nuclear como la visión mediante videoartroscopia han contribuido en gran medida para diagnosticar las lesiones del LCP.

El Dr. Paús ha presentado un prolijo y completo estudio de la semiología de las diferentes lesiones, elaborando una clasificación de las mismas. Luego de atinadas consideraciones biomecánicas, describe las distintas maniobras semiológicas, haciendo especial hincapié en la prueba del resalto posteroexterno de Jakob para poner en evidencia la inestabilidad posterolateral. Finalmente, mediante un cuadro de fácil reproducción, establece el diagnóstico de

\* H. Yrigoyen 2881, (1602) Florida, Provincia de Buenos Aires.

las distintas variedades lesionales en base al resultado de las maniobras semiológicas descriptas.

Los Dres. Albero y Avanzi se han ocupado de informarnos sobre los resultados obtenidos mediante los tratamientos incruento y quirúrgico en deportistas con lesión del LCP.

Presentan una casuística muy importante, poco común, con más razón si tenemos en cuenta que en la misma sólo se incluyeron las lesiones puras del LCP en deportistas, descartando los accidentes de tránsito y laborales. Entre los pacientes tratados incruentamente y los operados suman más de un centenar, con seguimiento mínimo de un año y máximo de 24 años.

Tal cual lo refieren, la historia natural de la rodilla con insuficiencia del LCP atraviesa por tres fases: la primera, de adaptación funcional, entre los 3 y 18 meses; la segunda, de tolerancia funcional, continúa hasta los 15 años; y la tercera, de deterioro artrósico, en la que no necesariamente habrá incapacidad antes de los 20 años.

Por todo esto coincidimos en que la mayoría de los pacientes con lesión aislada del LCP obtendrán buenos resultados funcionales, en el corto y mediano plazo, mediante el tratamiento incruento de rehabilitación. Concordamos en la necesidad de evitar a toda costa la traslación posterior de la tibia y en proscribir ejercicios de cadena abierta, en especial de los músculos isquiosurales. El uso de un realce en el taco

incrementa la actividad cuadricepsal, contribuyendo a aliviar los síntomas de estos pacientes.

Con respecto al tratamiento quirúrgico, en la actualidad se han abandonado las técnicas que utilizaban como sustitutivos el gemelo interno, el semitendinoso, el recto interno, la bandeleta iliotibial, el menisco e incluso el reemplazo protésico mediante ligamentos sintéticos.

Estamos en un todo de acuerdo con el Dr. Avanzi en que, hoy por hoy, la única indicación de tratamiento quirúrgico para la lesión aislada del LCP sería, en el joven atleta de alto rendimiento, mediante el uso de un procedimiento de sustitución por un injerto de hueso-tendón rotuliano-hueso, a cielo abierto o con ayuda artroscópica según el cirujano tratante, siendo preferible el posicionamiento anatómico al isométrico, de acuerdo con lo comentado en párrafos anteriores. De esta manera se restauraría la estabilidad tibiofemoral y se evitaría o reduciría en severidad la artrosis de la rodilla observable a largo plazo.

En última instancia la decisión terapéutica se inclinará por uno u otro procedimiento según prevean las motivaciones biopsicofísicas del deportista, incluyendo los factores de índole económica y profesional, o la carga que en el médico tratante tenga el concepto de prevenir un mal resultado que recién provocaría síntomas 15 o 20 años más tarde.