

REFUERZO ANTEROLATERAL EN LA RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. SERIE DE CASOS.

Azulay Lara, Claudia; Domínguez López, Ana Belén; Fernández de Arróyabe Sáez de Ojer, Naiara; Verbree Bullejos, Chantal Elena; Fernández Palomero, Agustín.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Comarcal de la Axarquía (Vélez-Málaga, Málaga).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El **ligamento anterolateral** forma parte del **complejo anterolateral de la rodilla** y la estabiliza en rotación interna a 35º.
El ***pivot shift*** es el test más utilizado para explorar la integridad de este complejo. Existen diversos grados: I, II y III.
Algunas de las indicaciones para asociar el **refuerzo anterolateral** a una reconstrucción de ligamento cruzado anterior (LCA) se resumen en la **figura 1**.

El **objetivo** es presentar una serie de casos de lesión de ligamento cruzado anterior de rodilla que han requerido ligamentoplastia de LCA +/- refuerzo anterolateral y su correspondiente evolución.

Criterios mayores Dos puntos cada uno (excepto*)	Criterios menores Un punto cada uno
1. Pivot Grado III	1. Hiperlaxitud/recurvatum ≤10°
2. Deportes de contacto	2. KT-1000: diferencia lado a lado ≥ 8 mm
3. Atleta competitivo o de "élite"	3. Inestabilidad ≥ 6 meses
4. Edad: ≤ 25 años	4. Meniscectomía interna y/o lesión de la raíz del menisco externo
5. Revisión del LCA *(5 puntos)	5. Inestabilidad de la rodilla contralateral
	6. IMC: ≥30
	7. Fractura de Segond
	8. Caída del platillo tibial ≥10°
	9. Traslación anterior severa de la tibia

*El criterio mayor "Revisión del LCA" suma cinco puntos. LCA: ligamento cruzado anterior. IMC: índice de masa corporal. R-LAL: reconstrucción del ligamento anterolateral. HIBA: Hospital Italiano de Buenos Aires

Figura 1.

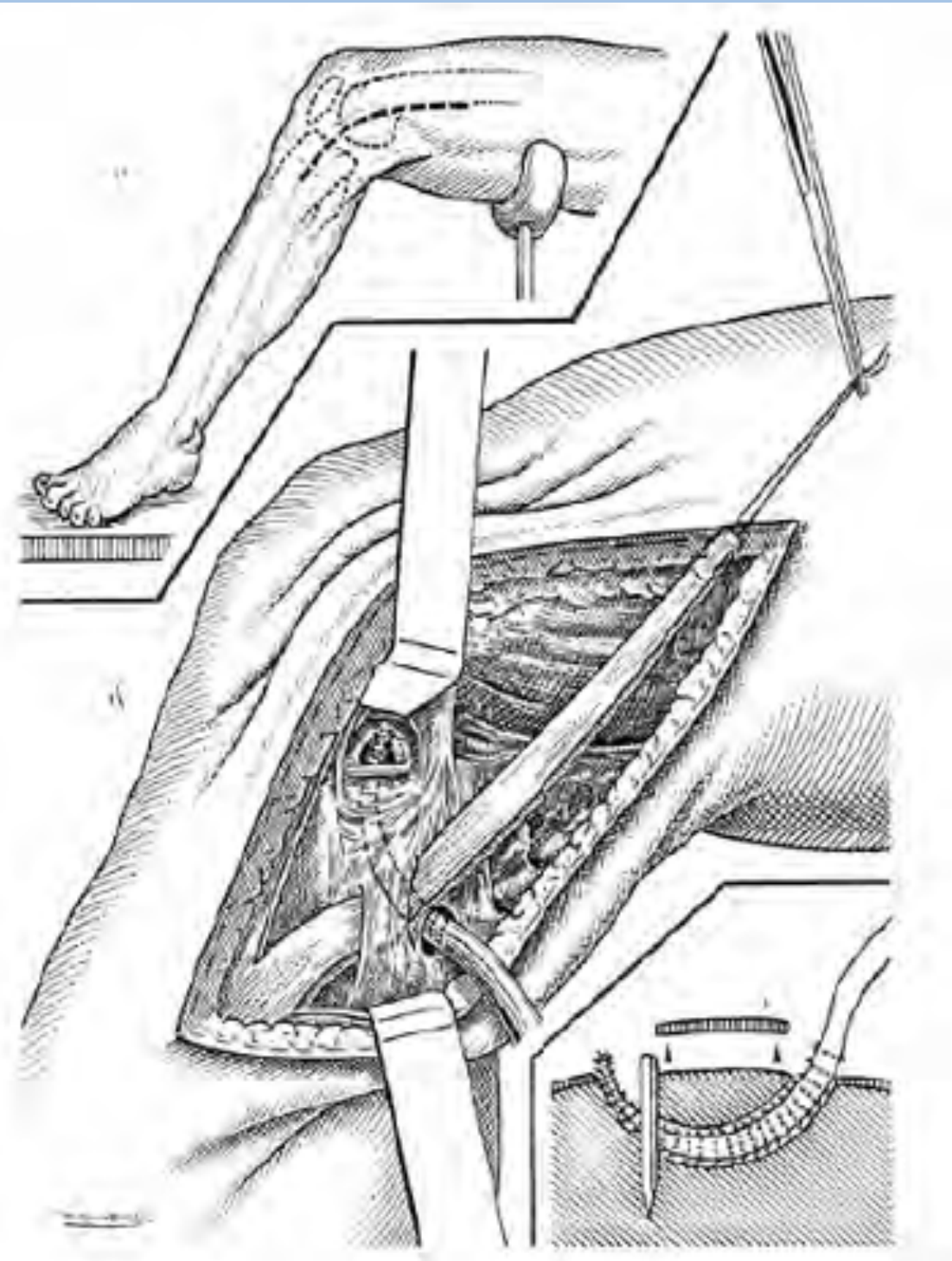


Figura 2.



Figura 3.

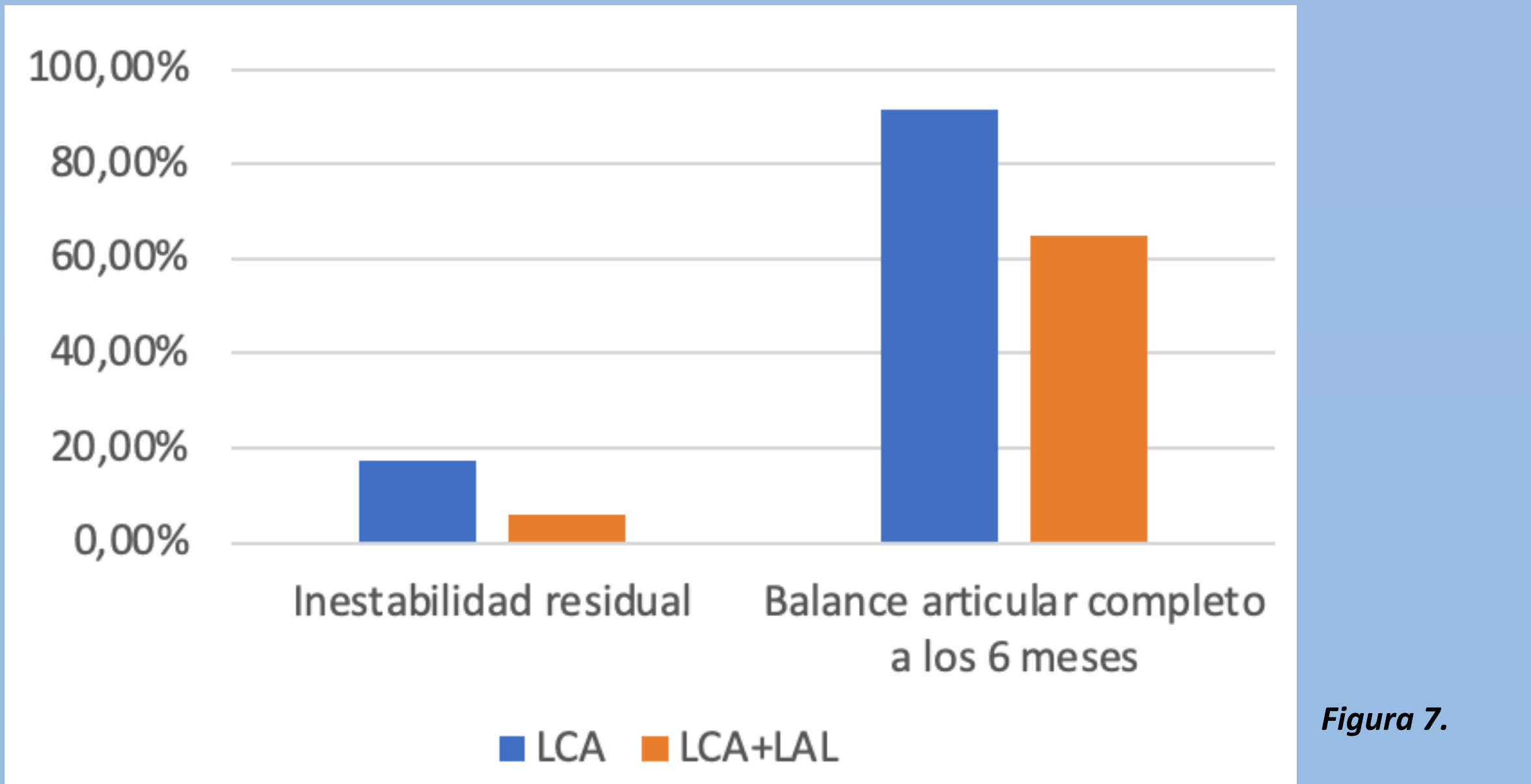
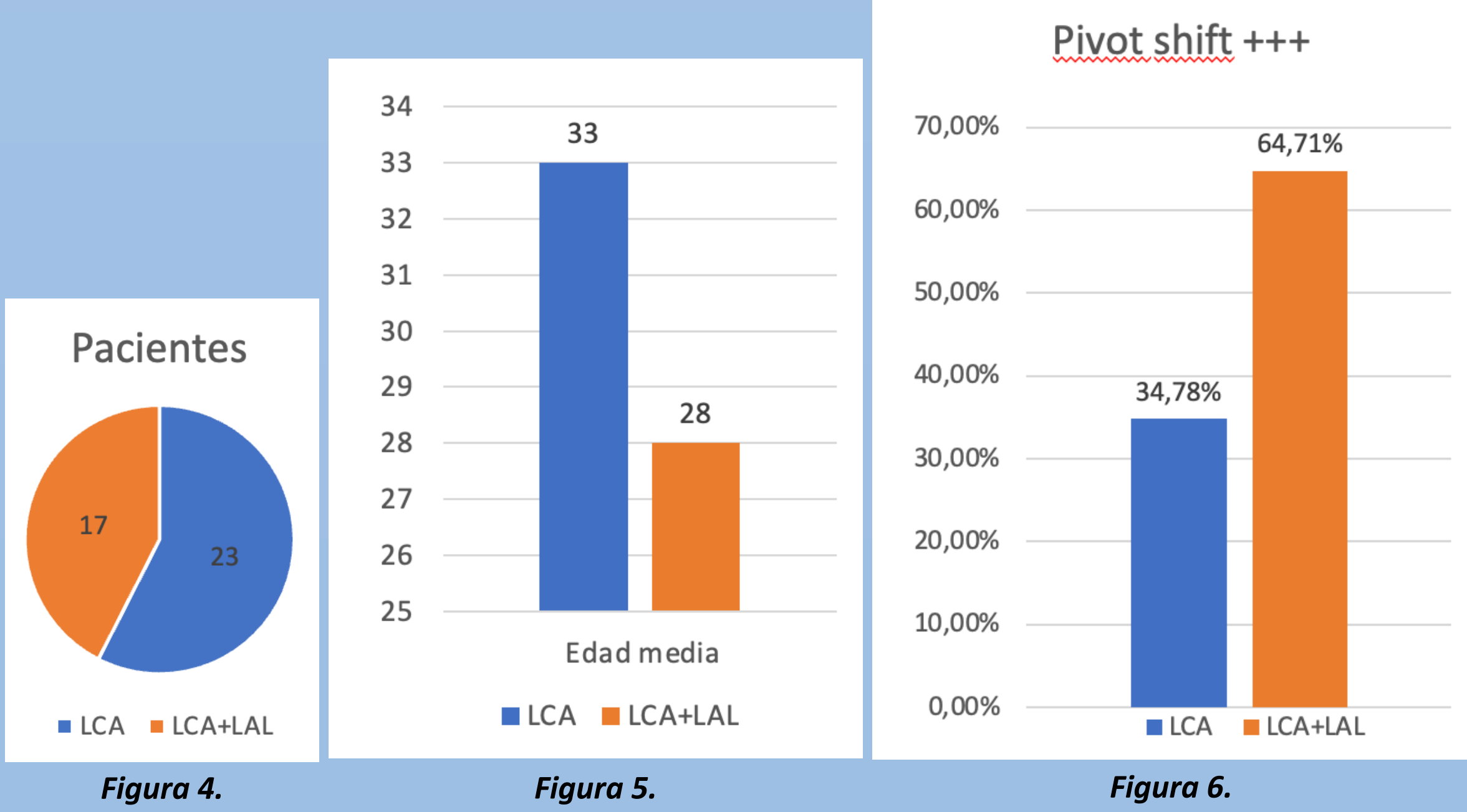
MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de ligamentoplastia de LCA desde marzo 2021 a febrero 2023.
Se incluyen un total de **40 pacientes**: 23 con reconstrucción de ligamento cruzado anterior (LCA, 57.5%) y 17 con reconstrucción de LCA y refuerzo anterolateral (LAL, 42,5%) (**figura 4**).

En este estudio se ha utilizado en numerosas ocasiones la **técnica de Lemaire modificada** (**figuras 2 y 3**), empleando plastia de cintila ilirotibial con un abordaje miniinvasivo y la fijación mediante un tornillo interferencial.
También se ha usado injerto único asimétrico de **tendones isquiotibiales** para la reconstrucción de los ligamentos cruzado anterior y anterolateral; o **aloinjerto** para la reconstrucción del ligamento anterolateral en caso de revisión de LCA.

RESULTADOS

- La **edad media** de los pacientes es 33 en el grupo LCA y 28 años en el grupo LCA+LAL (**figura 5**).
- El grupo LCA+LAL asocia **lesiones de menisco** interno y/o externo en un 58.82%.
- Un 35.29% de los casos LCA+LAL son **revisiones** o roturas de plastia de LCA.
- El ***pivot shift* de alto grado (grado III)** prequirúrgico es positivo en 34.78% del grupo LCA y en 64.71% del grupo LCA+LAL (**figura 6**).
- En el grupo de LCA+LAL, el **tipo de plastia** empleada para el refuerzo anterolateral ha sido un 47.1% de autoinjerto de fascia lata (cintilla ilirotibial), un 29.4% de autoinjerto de isquiotibiales y un 23.5% de aloinjerto de tendón de Aquiles.
- Existe **inestabilidad residual** (Lachmann + y/o pivot shift de bajo grado o grado I) en 17.39% de los casos LCA y en 5.88% de los casos LCA+LAL (**figura 7**).
- El **balance articular completo** se alcanza a los **6 meses** en 91.33% en el grupo LCA y en 64.71% en el grupo LCA+LAL (**figura 7**).
- Un 23.53% presentan dolor en la zona anterolateral de rodilla en el grupo LCA+LAL .
- Como complicaciones, en el grupo LCA se observa neuroapraxia de nervio femoral en un 4.35%; mientras que en el grupo LCA+LAL se objetiva rotura de plastia en un 5.88% e infección de herida quirúrgica en un 5.88%.



CONCLUSIONES

La evidencia científica muestra una **mejora de la funcionalidad y menor inestabilidad residual** en pacientes operados mediante reconstrucción de LCA y LAL con respecto a la reconstrucción aislada de LCA. Esto nos ha llevado a cambiar la práctica clínica en estos últimos años en nuestro centro.
Por este motivo, la principal limitación de este estudio es la falta de seguimiento a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Achalandabaso, J, Golanó, P. (2005). Plastia extraarticular de tratamiento de las inestabilidades Lemaire miniinvasiva en el Recuerdo histórico, estudio anteriores de la rodilla. anatómico y técnica quirúrgica. *Cuadernos de Artroscopia*, 11(1_21), 10–17.
- Espejo-Baena, A., Espejo-Reina, A., Gómez-Cáceres, A., Espejo-Reina, M. J., & Dalla Rosa-Nogales, J. (2017). Associated Reconstruction of Anterior Cruciate and Anterolateral Ligaments With Single Asymmetric Hamstring Tendons Graft. *Arthroscopy Techniques*, 6(5), e2039–e2046.
- Italiano, H., Aires, D. B., Artroscopia, S. De, Paz, M. C., Yacuzzi, C., Zuain, A., & Zicaro, J. P. (2020). Guía práctica para la indicación de la reconstrucción del ligamento anterolateral de rodilla. 27, 132–135.

Todos los autores de este trabajo declaran la ausencia de conflicto de intereses.

