

LESION AISLADA DEL LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR (L.C.P) TRATAMIENTO INCRUENTO

*Se presenta a la reunión conjunta de las Asociaciones Argentinas de
Ortopedia y Traumatología y Traumatología del Deporte.*

AUTORES:
AVANZI, ROBERTO
ALBERÓ, ARNOLDO

INTRODUCCIÓN:

Encaramos en el presente trabajo el tratamiento de la Lesión Aislada del Ligamento Cruzado Posterior (L.C.P).

Evaluada la lesión y en base a nuestra experiencia es que decidimos la conducta a seguir, fuera de la quirúrgica.

Es entonces donde establecemos como objetivo una serie de premisas:

(A) Evitar el recurvatum con el consiguiente deterioro de las estructuras vecinas.

(B) Limitar el desplazamiento antero-posterior de la tibia, con el cizallamiento que ello conlleva.

(C) Evitar el deterioro de la articulación Femoropatelar.

Conseguidos esos objetivos, es como llegamos a un excelente resultado funcional.

MATERIAL Y MÉTODO:

Es importante destacar que consideramos tan sólo los pacientes que presentan una ruptura pura del L.C.P. por mecanismo deportivo y sin lesiones asociadas, o sea, que no tengan varo ni valgo

importantes en el momento del control semiológico; también hacemos hincapié en que no consideramos en la casuística los accidentes de tránsito por ser generalmente graves, ni los accidentes laborales por ser estos pacientes muy conflictivos y no presentan mucho interés en la rehabilitación fisio-kinésica.

No consideramos tampoco los desprendimientos óseos tibiales a los que invariablemente intervenimos.

Presentamos 79 casos de lesiones puras de L.C.P por mecanismo deportivo con un seguimiento mínimo de un año y máximo de 22 años.

El más común de los mecanismos etiopatogénicos fué el traumatismo frontal con rodilla en flexión: 56 casos.

hiperextensión: 16 casos.

indirecto: 7 casos.

El criterio descrito por Hughston fue tenido en cuenta cuando se midió el cajón posterior con un goniómetro.

Menos de 5 mm. de traslac. post. laxitud 1+
de 5 a 10 mm. de traslac. post. laxitud 2 +
mayor 10 mm. de traslac. post. laxitud 3 +

RESULTADOS:

Tabla según Hughston

	BUENO	REGULAR	MALO
Criterio subjetivo	41	32	6
Criterio objetivo		38	41
Criterio funcional	38	32	9

Remarcamos que no hubo relación entre los resultados funcionales y los objetivos. La mayoría de los pacientes entraron dentro de una escala buena ó regular en los resultados funcionales.

Ningún paciente pudo ser considerado como bueno en el criterio objetivo dado que requiere 0° de cajón posterior que por el tipo de patología estudiada era imposible encontrarlo.

En sólo 5 casos no pudieron volver a la actividad deportiva anterior a la patología sufrida.

DESARROLLO:

Luego de explicarles detalladamente sobre cómo sería una operación de reconstrucción del L.C.P. y el tiempo que le demandaría ninguno de ellos estuvo dispuesto a someterse a la cirugía.

Primer período: de + ó - 3 meses de duración aproximadamente. Trabajo de fortalecimiento con sistema de cadenas cinemáticas cerradas a fin de evitar el cizallamiento antero-posterior.

Es en este período donde tiene primordial importancia el uso del realce posterior de 1,5 a 2 cm. con el fin de evitar el recurvatum.

De esta manera favorecemos la natural tendencia a la retracción y cicatrización de la cápsula posterior con sus estructuras adyacentes.

Segundo período: trabajo específico de los grupos musculares estabilizadores de la tibia femoral, la cupla antepulsora: Cuádriceps-Gemelos.

Una vez logrado y controlado cierto grado de estabilización es que iniciamos el trabajo con cadenas cinemáticas abiertas.

Trabajo con ángulos cortos de trabajo debido a que por la retropulsión tibial es mayor la presión y el consiguiente deterioro de la patelofemoral pues ésto equivaldría a agregar al ángulo de trabajo unos 20°.

De las 79 rodillas evaluadas, la gran mayoría continúa con la práctica del deporte sin mayores dificultades, estando algunos de ellos jugando actualmente en fútbol profesional.

Podemos entonces decir que a pesar de tener una importancia fundamental en la biomecánica de la

rodilla, la ruptura aislada del L.C.P. es una lesión bien tolerada por el organismo luego de un tiempo variable que va de los tres a los nueve meses.

Observamos también que paradójicamente algunos pacientes tienen un resultado funcional excelente a pesar de un obvio cajón posterior, mientras que otros con ligeras inestabilidades objetivables presentan más incapacidad, quizás sea ésta la esencia de los síntomas y signos del L.C.P. "La Paradoja".

De las 79 rodillas 11 requirieron en algún momento de su evolución de una Artroscopía por presentar alguna lesión asociada no inherente directamente con la estabilidad:

- 5 S. meniscales internos.
- 2 S. meniscales externos.
- 2 S. meniscales bilaterales.
- 1 Rata articular.
- S. Patelofemoral.

DISCUSION:

La perturbación de la cinemática trae un progresivo deterioro de la articulación de la rodilla, sobre todo cuando no conseguimos compensarla.

No hemos visto artrosis importante de rodilla, sólo en las que tienen más de 15 años de evolución (3 casos).

Según Dejour luego de los 20 años de producida la lesión Clancy insiste sobre la importancia de lesiones condrales precoces. El habla del 33% antes de los 2 años y más del 90% luego de los cuatro. Nosotros creemos que lesiones condrales no significan artrosis precoz y en nuestra casuística no las vimos hasta los 15 años de evolución.

CONCLUSIONES:

La ruptura aislada del L.C.P. por mecanismo deportivo es una lesión bien tolerada en el tiempo.

-Habría un tiempo de adaptación que va de los 3 meses a 1 año.

-Se instituiría su reparación precoz en gente joven y

no tanto en las que llevan un tiempo de inestabilidad crónica del L.C.P. pues se sabe que la reparación quirúrgica secundaria no corrige más que parcialmente la estabilidad primitiva.

-La artrosis femoropatelar y tibiofemoral medial son los deterioros más frecuentes en esta patología; pero nunca antes de los 15 años de producida se evidenciará la artrosis.

-Es fundamental para compensarla adecuadamente utilizar un realce de 1,5 cm. en ambos talones y eventual realce externo para descomprimir el compartimiento medial.

-Hemos agregado para un correcto y precoz control del deterioro el uso del Centellograma Oseo pues éste se anticiparía al deterioro radiográfico para prevenir mayor patología.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Avanzi RJ: Lesiones del Ligamento Cruzado Posterior. Tratamiento Quirúrgico. Rev. AAOT, 1987.
- 2- Clancy WG: Treatment of knee joint instability secondary to rupture of the posterior cruciate ligament report.
- 3- Cain TE: Performance of an Athlete with straight posterior knee instability. Amer. J. Sport. Med. Vol. 9 Pag. 203-1981.
- 4- Cross MJ: Long term follow up of posterior cruciate ligament rupture: a study of 116 cases. Amer. J. Sports. Med. Vol. 12 Pag. 92, 1984.
- 5- Dandy DA: The long-term results of unrepaired tears of the posterior cruciate ligaments. J. Bone, J. Surg. Vol 62 A, Pag. 92, 1982.
- 6- Hughston JC: Acute tears of the posterior cruciate ligament. Results of operative Treatment. J. Bone, J. Surg. Vol. 62 Pag. 482, 1980.
- 7- Insall JN; Hood RW: Bone-block transfer of the medial head of the gastrocnemius for posterior cruciate insufficiency. J. Bone, J. Surg. Vol. 64, Pag. 691, 1982.
- 8- James Etibone: Functional analysis of untreated and reconstructe posterior cruciate ligament injuries. A.J.S.M, Vol. 16 N°3 Pag. 217 a 223. Año 1988.
- 9- Shunji Inokawa Yun Lu; D'Ambrosia: "Antero posterior and rotational displacement of the tibial elicited by Quadriceps constraction. A.J.S.M., Vol. 20 N°3 Pag. 299 a 306. Año 1994.
- 10- Paul Keller; Donald Shelbourne: Nonoperatively treated isolated posterior cruciate ligament injuries. A.J.S.M., Vol.21 N°1. Pag. 132 a 136.
- 11- H. John Yack: Comparison of closed and open kinetic chain exercise in the anterior cruciate ligament-deficient knee. A.J.S.M., Vol. 21 N°1, Pag. 49 a 53 Jan-Feb. -93.
- 12- William Meleod: Biomechanics of knee rehabilitation with cycling. A.J.S.M., Vol. 8 N°3 Pag. 175 a 180. 1980.
- 13- Avanzi Alberto; Gotter Sánchez: Lesión aislada L.C.P. tratamiento conservador Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatología mesa redonda rodilla.
- 14- Kiis WC; Fox JM: Acute posterior cruciate ligament injuries. A.M.J.S, Vol. 9 Pag 86. 1981.
- 15- Lysholm J; Gillquist J: Arthroscopic examination of the posterior cruciate ligament. J. Bone, J. Surg. Vol. 63. Pag 363. 1981.
- 16- Moore HA; Larson RL: Posterior cruciate ligament injuries. Results of early surcal repair. A.J.S.M, Vol.8 Pag 68, 1980.
- 17- Kennedy JC; Galpin RD: The use of the medial head of the gastrocnemius muscle in the posterior cruciate deficient knee. A.J.S.M. Vol.10 Pag 63. 1982.