

LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DE LA RODILLA

¿CUANDO Y PORQUE SE OPERAN?

Por el Dr. **ALFONSO DEL CORRAL** (Director General Servicios Médicos del Real Madrid)
y el Dr. **JAVIER VAQUERO** (Profesor titular de la Universidad Complutense)

La lesión del ligamento cruzado anterior de la rodilla es muy frecuente en el deporte y por su gravedad es capaz de retirar definitivamente a un deportista de las canchas si no se diagnostica y se repara a tiempo. Las estadísticas señalan una incidencia de 0,3 lesiones por cada mil habitantes y año, de las cuales casi 2/3 corresponden a roturas producidas durante la práctica deportiva.

Hasta hace poco esta reparación requería una gran intervención quirúrgica, exponiendo ampliamente la rodilla, lo cual entrañaba riesgos de infección, atrofia muscular y rigidez, sin olvidar el dolor postoperatorio y la larga inmovilización, especialmente nefastos para deportistas de alto nivel. Los avances de las técnicas artroscópicas han animado a muchos lesionados a reparar su ligamento. Sin embargo todos conocemos personas que mantienen una cierta actividad física a pesar de la falta de este importante ligamento, crucial en la estabilidad de la rodilla en las situaciones más exigentes. Cabe preguntarse si cualquier tipo de paciente y a cualquier edad debe pasar por el quirófano ante una lesión de este tipo. El estudio de la evolución de los lesionados nos puede aclarar en parte este interrogante.

La caricatura de esta evolución sería la de un paciente de 20 años, futbolista, que tras sufrir una entrada violenta, nota dolor y sensación de crujido en su rodilla con un derrame inmediato en el interior de su rodilla. Dejando de lado las posibles lesiones asociadas (cartilaginosa, meniscales) la exploración nos descubrirá la existencia de una laxitud anterior en la rodilla, y la resonancia magnética nos confirmará la rotura completa del ligamento cruzado

anterior. Tras un periodo de reposo, la rodilla recuperará su tamaño, desapareciendo el dolor. Quizás no vuelva a jugar al fútbol por miedo a los fallos de su articulación, pero podrá dedicarse a deportes menos exigentes para su rodilla como el tenis o el esquí. Transcurridos unos 10 años aproximadamente, a raíz de un giro forzado va a notar un nuevo crujido, con menos inflamación y que traduce la existencia de una lesión del menisco interno que va a requerir su extirpación quirúrgica. Esta pequeña cirugía artroscópica va a aumentar de una forma importante la inestabilidad de la rodilla y este antiguo futbolista deberá abandonar toda actividad deportiva, limitándose a caminar y empezando a notar los primeros signos artrósicos (dolor, derrames, angulación de su pierna, etc.) a partir de los 50 años. Esta dramática evolución hacia la artrosis ocurre desde el punto de vista estadístico en un 80% de los pacientes a nivel del compartimento interno de la rodilla, y en el 10% la artrosis es generalizada en toda la articulación cuando los revisamos 30 años después de la lesión inicial.

Este panorama que hemos descrito de forma simplista, si bien es la situación más frecuente, no es obligatoriamente la regla. Hay por lo tanto que mencionar cuales son los factores que van a favorecer esta artrosis degenerativa de la rodilla. Entre los principales podemos citar:

◆ 1) Existencia de otras lesiones asociadas en el momento de la lesión inicial, como la rotura de alguno de los meniscos (ocurre en uno de cada dos lesionados) o las úlceras traumáticas del cartilago de la rodilla. Algunas lesiones pequeñas pueden sin embargo cicatrizar en las 3-4 semanas siguientes.

◆ 2) La aparición, con el paso de los años, de una rotura del menisco interno que aumenta la inestabilidad y por lo tanto el deterioro de la articulación. Su extirpación añade así mismo un aumento de las presiones en el cartilago al faltar la "amortiguación" del menisco.

◆ 3) Tras una lesión del ligamento cruzado sin reparación, más del 90% de los sujetos podrían hacer una vida normal, pero sólo el 50% practica algún deporte. La actividad deportiva del paciente provoca fallos en los movimientos de pivote y aumenta el riesgo de lesión meniscal y cartilaginosa, y con ello el grado de artrosis.

La rotura del ligamento cruzado anterior se presenta en pacientes en el periodo de mayor actividad física, es decir entre los 30 y los 40 años de edad. A estas edades la artrosis va a evolucionar lentamente, planteando problemas degenerativos a partir de los 50 años. Cuando la lesión aparece en la cuarta década, pueden existir ya fenómenos preartrosicos en esa rodilla, que van a empeorar rápidamente tras la lesión.

En conclusión podemos decir que la rotura del ligamento cruzado anterior debe ser tratada quirúrgicamente en todos aquellos pacientes jóvenes que no se resignen abandonar las actividades deportivas. Esta sustitución del ligamento roto es mucho más cómoda y tiene menos riesgos si se realiza por vía artroscópica y debe llevarse a cabo precozmente, en los 6-8 meses que siguen al accidente para evitar la aparición de lesiones secundarias. Finalmente, con las técnicas actuales de escasa morbilidad y el mejor conocimiento de la rodilla, podemos ofrecer esta solución a personas de edad superior a los 40 años, que antes estaban condenadas a una vida sedentaria. □