

Editorial

El ligamento anterolateral de rodilla: ¿un hecho o un mito?

Anterolateral knee ligament: a fact or a myth?



Dr. Ricardo Cuéllar
Director de REACA

Bajo este mismo titular, repetido en diversos artículos, asistimos a una de las más dilatadas discusiones que se han producido en nuestra especialidad en los últimos años. Me estoy refiriendo, desde luego, a la debatida existencia y función del ligamento anterolateral (LAL) de la rodilla. Nuestra revista no ha sido ajena a esta inquietud y, así, el artículo al que sirve de prólogo este editorial es un buen ejemplo de ello⁽¹⁾. Pero también os recomiendo acceder a otro reciente artículo que realiza una amplia revisión bibliográfica sobre todo lo publicado en relación con el LAL hasta abril de 2017⁽²⁾. Su lectura ilustra además un conciso recorrido histórico sobre las diferentes tendencias de reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA) a lo largo de las últimas décadas.

Personalmente, he tenido ocasión de ofrecer mi opinión al respecto gracias a la invitación para participar en la sección “Comentario de un artículo científico” que me efectuaron nuestros amigos de la Sociedad Española de Traumatología del Deporte (SETRADE). Este artículo editorial resume algunas de las principales reflexiones vertidas en dicho foro. El artículo elegido fue el consenso internacional alcanzado y reflejado recientemente por la European Society for Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy (ESSKA)⁽³⁾. Con la aprobación de 13 premisas de consenso, el grupo de autores integrante pretende proporcionar cierta claridad sobre la nomenclatura anatómica, una mejor comprensión de la biomecánica pertinente asociada con el LAL, indicaciones apropiadas y estrategias para abordar la laxitud rotatoria anterolateral.

La falta de control de la inestabilidad rotatoria con las denominadas técnicas de “doble túnel”, al menos en ciertos casos, ha propiciado el renovado interés por mejorar el control de dicho componente rotacional, causante del resalte o *pivot shift*⁽²⁾. Sin embargo, la mayor parte de los cirujanos de rodilla que nos formamos en las décadas de los 80 y 90 asistimos, probablemente con cierto asombro, a esta discusión. Nos formamos en aquellas décadas creyendo definida la función del refuerzo anterolateral y las indicaciones para su reconstrucción.



<https://doi.org/10.24129/j.reaca.26266.fs1909042>

© 2019 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® (www.fondoscience.com). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Así, os aconsejo releer un espléndido artículo de Achalandabaso (Txetxi) y Golanó (Pau)⁽⁴⁾. Acompañado de un impecable estudio anatómico, nos relatan la transición entre la plastia extraarticular clásica, descrita por Marcel Lemaire, y la modificación miniinvasiva que, de forma ininterrumpida y con algunas variaciones, muchos cirujanos –europeos–⁽⁵⁻⁷⁾ **hemos seguido practicando en asociación con las técnicas de reconstrucción intraarticular del LCA.**

Quizás la propia lectura del documento de consenso de la ESSKA nos arroje luz sobre el aparente abandono de la técnica y su redescubrimiento. Así (página 173, 2º párrafo)⁽³⁾, mientras la técnica de refuerzo extraarticular seguía siendo popular en Europa, la American Orthopaedic Society for Sports Medicine (AOSSM), basada en “estudios propios con importantes limitaciones metodológicas⁽⁸⁾”, estableció una recomendación para su abandono. La preponderancia de las publicaciones anglosajonas sobre las francesas (*Revue Chirurgie Orthopedique, Encyclopédie médico-chirurgicale*), que fueron nuestra fuente de formación en aquellos años, obra también entre las causas probables de esta aparente discontinuidad.

A la luz de aquellos conocimientos, sobre todo dos aspectos me llaman la atención de este moderno consenso:

- La premisa 1 del mismo (el LAL es una estructura que forma parte del complejo anterolateral) es contundente y reafirma la existencia anatómica del LAL como un complejo funcional cuya función es el control de la rotación interna en grados cercanos a la extensión completa. Esto último se reafirma en la premisa 8 o consenso biomecánico. Sin embargo, para alcanzar dicho consenso biomecánico, se compara la moderna descripción técnica realizada por Claes y cols.⁽⁹⁾ con la primitiva descripción realizada por Lemaire. No sé realmente en qué momento se produce esta transición, pero ya desde las primeras plastias aisladas de tipo Lemaire que realizábamos, **el punto de anclaje o reflexión superior de la plastia era posterior y proximal al epicóndilo femoral y la inserción del LLE.** Y así, y no en otro punto, lo hemos venido realizando siempre⁽⁴⁾.
- Me sorprende también que el grupo no haya alcanzado un consenso definitivo sobre las **indicaciones** de asociación de reconstrucción del LAL y el LCA. Las que se señalan como posibles son todas las **que hemos realizado desde siempre y seguimos realizando con excelentes resultados:** cirugías de revisión y crónicas, inestabilidad acusada, inestabilidad rotatoria, jóvenes en deportes con efectos pivotantes⁽⁴⁾.

La publicación del presente consenso, aunque no resuelve todos los aspectos en controversia, va a permitir conciliar conocimientos y supone un gran avance, restableciendo vigencia a las técnicas de estabilización anterolateral. A partir del mismo, es evidente que todavía hay que realizar una investigación clínica considerable para determinar los escenarios óptimos donde el refuerzo de una reconstrucción primaria del LCA con un procedimiento anterolateral permita mejorar los resultados en los pacientes.

Ante la prolongada falta de reconocimiento de la técnica, adolecemos sin duda de no haber recogido y publicado nuestros resultados. Este “resurgimiento” nos debería mover a hacerlo y a desarrollar estudios a más largo plazo con las modernas técnicas de reconstrucción del LCA. Artículos como el que publicamos en este número son un buen acicate para ello. ¡Enhorabuena a sus autores!

Aunque a cada uno de vosotros corresponderá responder a la pregunta del título, entenderéis que, para mí, el LAL y su reconstrucción han sido siempre un hecho.

Ricardo Cuéllar Gutiérrez
Director de REACA

Bibliografía

1. Jette C, Gutiérrez D, Sastre S, Llusà M, Combalia A. Biomecánica y reconstrucción anatómica del ligamento anterolateral de la rodilla. *Rev Esp Artrosc Cir Articul.* 2019;26(2):87-92; doi: 10.24129/j.reaca.26266.fs1901005
2. Gómez A, García-Germán D, López-Rubia E, Tamimi I, Espejo-Baena A, Espejo-Reina A. Revisión sistemática: ligamento anterolateral de la rodilla. *Rev Esp Artrosc Cir Articul.* 2018;25(1):56-70; doi: 10.24129/j.reaca.25161.fs1711057
3. The anterolateral complex of the knee: results from the International ALC Consensus Group Meeting. Alan Getgood, Charles Brown and the ALC Consensus Group. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2019;27:166-76.
4. Achalandabaso J, Golanó P. Plastia extraarticular de Lemaire miniinvasiva en el tratamiento de las inestabilidades anteriores de la rodilla. Recuerdo histórico, estudio anatómico y técnica quirúrgica. *Cuad Artroscop.* 2004;11:10-17; <https://fondoscience.com/reaca/vol11-fasc1-num21/fs0404002-plastia-extraarticular>
5. Mansat C. Surgical treatment of long-standing antero-internal instability of the knee. Personal experience. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 1976;62(3):321-36.
6. Marcacci M, Zaffagnini S, Iacono F, Neri MP, Loreti I, Petitto A. Arthroscopic intra- and extra-articular anterior cruciate ligament reconstruction with gracilis and semitendinosus tendons. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 1998;6:68-75.
7. Marcacci M, Zaffagnini S, Iacono F, Vascellari A, Loreti I, et al. Intra and extra-articular anterior cruciate ligament reconstruction utilizing autogeneous semitendinosus and gracilis tendons: 5-year clinical results. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2003;11:2-8.
8. Pearl AJ, Bergfeld JA. Extraarticular reconstruction in the anterior cruciate ligament deficient knee. Champaign, Illinois: Human Kinetics; 1992.
9. Sonnery-Cottet B, Thaumat M, Freychet B, Pupim BH, Murphy CG, Claes S. Outcome of a combined anterior cruciate ligament and anterolateral ligament reconstruction technique with a minimum 2-year follow-up. *Am J Sports Med.* 2015;43:1598-605.