

CIRUGÍA DE REVISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR MEDIANTE ALOINJERTO DE TENDÓN TIBIAL ANTERIOR CON RECONSTRUCCIÓN COMBINADA DE LIGAMENTO ANTEROLATERAL

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En cirugías de revisión del ligamento cruzado anterior (LCA), se ha propuesto la **reconstrucción combinada del LCA y el ligamento anterolateral (LAL)** debido a su papel en la estabilidad rotacional de la rodilla. Existen diversas técnicas para esta reconstrucción. El objetivo de este estudio es presentar un **caso clínico y describir la técnica quirúrgica utilizando un injerto de tendón tibial anterior**.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de **53 años**, intervenido hace 16 años de reconstrucción de LCA, con episodios de inestabilidad desde el primer año postoperatorio.

- Exploración: flexo de 5º, déficit de flexión de dos traveses de dedo, pruebas de Lachman y cajón anterior positivas, y un pivot shift discreto.
- La **resonancia magnética** confirma la rotura del cuerno posterior del menisco interno y el fallo de la plastia del LCA.

TRATAMIENTO:

- **Artroscopia de rodilla izquierda**, donde se observa la rotura completa del injerto previo de LCA y una lesión en rampa del cuerno posterior del menisco interno. Se procede a una meniscectomía parcial y sutura de la lesión meniscal, seguida de la **reconstrucción del LCA con un aloinjerto de tendón tibial anterior bifascicular de 8 mm de diámetro**. Se emplea una técnica anatómica con fijación tibial de suspensión cortical aumentada y fijación femoral con tornillo interferencial fuera-dentro de 9x28 mm. **Se refuerza el LAL con el remanente del aloinjerto, fijándolo en la tibia con un tornillo interferencial**.



RESULTADOS

Tras seis meses de rehabilitación, el paciente pudo retomar su actividad deportiva sin presentar síntomas de inestabilidad ni molestias. En la revisión anual, se confirmó la ausencia de signos de fallo del injerto.

CONCLUSIONES

La reconstrucción **combinada de LCA y LAL** está indicada en **revisiones de LCA**, roturas crónicas, pivot shift de alto grado y lesiones meniscales asociadas. Se ha demostrado que esta técnica **mejora la estabilidad rotacional** y reduce la tasa de fallo del injerto. Su principal ventaja es **permitir una reconstrucción anatómica eficiente del LCA**, asociada a la reconstrucción del LAL con un único túnel femoral y un injerto compartido, **añadiendo únicamente un túnel tibial adicional**.