

CARTA AL EDITOR

He leído el artículo de revisión de los conceptos actuales en relación a la elección de injertos en la cirugía de reconstrucción de ligamento cruzado anterior de los autores Rivarola *et al.* La elección del injerto ideal en la cirugía de reconstrucción del ligamento cruzado anterior ha sido siempre un tema controversial. Con las mejoras constantes en los implantes y en la técnica quirúrgica, la evidencia a favor de uno u otro, la preferencia de los cirujanos ha variado en el tiempo.

La revisión que ustedes realizan describe detalladamente las ventajas y desventajas de los injertos autólogos clásicos, como el H-T-H, ST-RI y tendón del cuádriceps, los aloinjertos y los injertos sintéticos.^{1,2} Finalmente detallan vuestra recomendación y preferencia con la justificación correspondiente de la literatura global y también propia que avalan su elección del injerto H-T-H como el *gold standard*. Sin embargo, los resultados comparativos entre los dos injertos no son significativos.³ En los últimos años, el injerto del tendón del cuádriceps ha vuelto a estar en la órbita de los cirujanos, con resultados similares a los injertos clásicos resaltando las ventajas en el diámetro que pueden definir, y también por la menor morbilidad relativa comparado con el H-T-H.^{1,2}

En relación a los aloinjertos, comparto plenamente las indicaciones recomendadas, las que logran resultados similares a los autoinjertos en pacientes mayores de treinta y cinco años, según su actividad deportiva y de la disponibilidad y acceso a los injertos. Con las mejoras en los procesos de los bancos de tejidos, técnicas anatómicas y de preservación de remanente del LCA, los resultados han mejorado significativamente para ese grupo de pacientes.

El uso de injertos sintéticos se inició hace veinticinco años, pero por sus propiedades mecánicas y elásticas limitadas, una integración incierta y resultados inferiores, la experiencia con estos no progresó. Actualmente, existen publicaciones con su uso, pero corresponden a series de casos, con seguimientos de corto plazo, con evidencia débil en metodología y en resultados, lo que no faculta recomendar su elección.³ En mis primeros años como cirujano, recuerdo haber ayudado en una cirugía de revisión de injerto sintético por fracaso precoz y por una agresiva reacción inflamatoria ósea y articular evidente, tanto en las imágenes como en el intraoperatorio.

La bibliografía seleccionada incluye trabajos clásicos, muy bien utilizados para avalar lo descrito en esta revisión, no obstante, creo necesario enfrentar los conceptos clásicos con las publicaciones actuales de consensos y encuestas de cirujanos de rodilla, cuyos resultados muestran el cambio de tendencia, siendo los isquiotibiales los más utilizados, independientemente de la etapa y experiencia de los encuestados.⁴

En la elección del injerto, el tipo de deporte es también materia de controversia, por lo que incluir evidencia específica al deporte es clave al momento de planificar nuestra cirugía.⁵ Por último, han aparecido algunas publicaciones con injertos de utilización poco frecuentes en cirugía primaria, como el injerto de tendón peroneo y el aloinjerto “*living donor*”,⁶ opción que, desde mi punto de vista, tiene una connotación “romántica y de afecto”, ya que uno de los padres dona su tendón el mismo día de la cirugía en la camilla o mesa de quirófano junto a su hijo, un niño/adolescente. Los resultados iniciales son prometedores, pero no permiten tomar conclusiones por el bajo número de casos y poco tiempo de seguimiento.

En conclusión, la elección de injerto seguirá siendo un tema controversial entre los cirujanos, con evidencia que apoya a uno u otro tipo de injerto. Está claro que los autólogos son superiores a los alogénicos, sin embargo, según el grupo etario, podrían ser la primera elección. Las nuevas alternativas como tendón peroneo, *living donor* y sintéticos son interesantes y con evidencia prometedora, por lo que debemos verlos como una opción más para el cirujano de rodilla.

Estimado editor, como corolario final, es importante decir que la elección de injerto es muy importante al momento de evaluar el éxito de la cirugía, pero no es lo único, influye además la edad del paciente, sexo, actividad deportiva, técnica quirúrgica, lesiones asociadas y más.

Gonzalo Ferrer

BIBLIOGRAFÍA

1. Duchman KR; Lynch TS; Spindler KP. Graft selection in anterior cruciate ligament surgery. Who gets what and why? *Clin Sports Med*, 2017; 36(1): 25–33.
2. Widner M; Dunleavy M; Lynch S. Outcomes following ACL reconstruction based on graft type: Are all grafts equivalent? *Curr Rev Musculoskelet Med*, 2019; 12(4): 460–5.
3. Samuelsen BT; Webster KE; Johnson NR; Timothy EH; Krych AJ. Hamstring autograft versus patellar tendon autograft for ACL reconstruction: Is there a difference in graft failure rate? A Meta-analysis of 47,613 patients. *Clin Orthop Relat Res*, 2017; 475(10): 2459–68.
4. Sherman SL; Calcei J; Ray T; Magnussen RA; Musahl V; Kaeding CC; et al. ACL study group presents the global trends in ACL reconstruction: biennial survey of the ACL study group. *J ISAKOS*, 2021; 6: 322–8.
5. Sim K; Rahardja R; Zhu M; Young S. Optimal graft choice in athletic

- patients with anterior cruciate ligament injuries: review and clinical insights. *Open Access J Sports Med*, 2022; 13: 55–67.
6. Goddard M; Bowman N; Salmon LJ; Waller A; Roe JP; Pinczewski LA. Endoscopic anterior cruciate ligament reconstruction in children using living donor hamstring tendon allografts. *Am J Sports Med*, 2013; 41(3): 567-74. DOI: 10.1177/0363546512473576.