

## Cartas al Editor

---

*Tratamiento quirúrgico de la ruptura insercional del tendón de Aquiles mediante la cirugía de re inserción por tunelización en el calcáneo: reporte de caso. Rev Col Or Tra Vol 25 No. 3: 309-17*

**Doctor**  
**Gabriel Ochoa del Portillo**  
**Presidente, SCCOT**  
**Periodo 1998-1999**

Me permito extenderle un cordial saludo a usted, como mi más apreciado amigo y colega, al igual que felicitarlo por su publicación sobre tenodesis del Aquiles publicada en el Volumen 25 No. 3 de la Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología.

Le comento que disfruté su artículo sobre la ruptura insercional del tendón de Aquiles. Encontré una revisión muy completa y actualizada, y no digo más para no caer en adulaciones que usted sabe que no necesita.

Yo, en un caso similar para evitar la fijación con botón plantar, usé fijación en la cortical plantar del calcáneo con un endobotón tipo Tigh Rope, lo que me permite tensionar el muñón del tendón directamente sobre la cortical ósea y disminuir el riesgo de hiperpresión en la piel de la planta. Quisiera conocer su opinión sobre esa opción de fijación.

Sinceras felicitaciones por esta buena ilustración plasmada con motivo de este caso.

Afectuosamente,

**Dr. Celso Pedraza**  
**Presidente, SCCOT**  
**Periodo 2003-2004**

**Doctor**  
**Celso Pedraza**  
**Presidente, SCCOT**  
**Periodo 2003-2004**

Muy apreciado Celso,

Recibe un afectuoso saludo en unión de tu hermosa familia.

Mil gracias por tus idóneos y profesionales comentarios acerca del artículo sobre ruptura insercional del Aquiles.

En relación con tu pregunta, considero que cualquier fijación que sea firme y estable del tendón de Aquiles en el calcáneo es completamente válida. Personalmente, nunca he utilizado un método distinto al recomendado en la técnica descrita. Hace algunos años, apoyados en este procedimiento quirúrgico, los doctores Guillermo Alonso y Fabio Landazábal realizaron similar procedimiento pero con sujeción del tendón con material de osteosíntesis. El paciente presentó una severa necrosis del talón evolucionando a una osteo-

mielitis del calcáneo. Es posible que el método de fijación no haya tenido alguna implicación en esta complicación. El doctor Alonso puede ampliarte esta información, así como la evolución final del paciente y los posibles recursos que utilizaron para el manejo de la complicación.

Nosotros no hemos tenido ninguna complicación con nuestro procedimiento, como tampoco se han presentado casos de necrosis de la piel plantar del talón por la sujeción *pull-out*. Creo que el uso de endobotón puede ser una excelente alternativa en cuanto que puede disminuir el tiempo de inmovilización posoperatoria al promover una fijación mucho más estable y firme del tendón al hueso, todo lo cual redundará en una rehabilitación mucho más acelerada.

Celso, mil gracias por tu interés y por tus comentarios.

Cordialmente,

**Dr. Gabriel Ochoa del Portillo**  
**Presidente, SCCOT**  
**Periodo 1998-1999**

*Efecto de los factores de crecimiento autólogos en las lesiones radiales del cuerno posterior del menisco externo del conejo: un modelo experimental. Rev Col Or Tra Vol 25 No. 3: 291-7*

**Dr. Juan Manuel Herrera**  
**Director Editor**  
**Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología**  
**Ciudad**

**Apreciado Dr. Herrera:**

A propósito del trabajo publicado en la revista titulado *Efecto de los factores de crecimiento autólogos en las lesiones radiales del cuerno posterior del menisco externo del conejo: un modelo experimental*, acerca del cual se presentó una inquietud por parte del Dr. Germán Valcárcel y cuya respuesta fue expuesta por los autores del mismo, siento el deber de hacer las siguientes apreciaciones, por las consecuencias que implica un manejo inadecuado de las lesiones meniscales:

1- Las lesiones radiales del menisco deben tener el beneficio de una sutura, especialmente las que comprometen las 3 zonas, a pesar de que en este tipo de lesión el pronóstico de un buen resultado es del 65 %.

2- Sobre el uso de factores de crecimiento, esto no es experimental. Actualmente y desde hace varios años (en mi servicio hace 15 años) se utiliza rutinariamente el coágulo de fibrina como un coadyuvante en el proceso de cicatrización meniscal, indicándolo en aquellos pacientes que tienen lesión meniscal aislada.

3- Las lesiones meniscales externas en su tercio medio, tanto las longitudinales como las radiales, tienen que suturarse, pues el pronóstico, si el procedimiento se hace bien, es gratificante.

4- Las lesiones del cuerno posterior del menisco lateral (las que están por detrás del hiato del poplíteo) son de excelente pronóstico debido al rico complejo vascular que hay en esta área, tanto es, que las lesiones longitudinales menores de 1 cm pueden cicatrizar sin sutura.

**Dr. Édgar A. Muñoz Vargas**  
**Presidente, SCCOT**  
**Periodo 1997-1998**

**Doctor**  
**Dr. Édgar A. Muñoz Vargas**  
**Presidente, SCCOT**  
**Periodo 1997-1998**

**Respetado Dr. Muñoz:**

Con respecto al título de nuestro trabajo, cuando decidimos nombrar explícitamente "modelo experimental" intentamos aclarar que nos referimos a un estudio experimental, en el que se tienen 2 grupos, uno de estudio y uno de control en el mismo conejo (autocontrolado). Al grupo de estudio se le realizó una intervención estandarizada cuya variable independiente fue la aplicación de factores de crecimiento autólogos de conejo en una lesión meniscal del mismo conejo. Al grupo control, en cambio, no se le aplicaron los factores de crecimiento. La única conclusión de este estudio es que en nuestro modelo experimental en el conejo hubo una diferencia significativa en la tasa de cicatrización del menisco.

Desde los primeros trabajos del Dr. Arnoczky (1), está claro que la zona más vascular del menisco externo es el cuerno posterior. Nosotros hicimos una lesión controlada en el mismo sitio independiente de su grado de vascularidad ya que al ser similares tanto en ubicación como en forma, tipo de sutura, medicamentos, alimentación posoperatoria y carga genética individual (el individuo control es el mismo conejo), el único factor que hace la diferencia al medir los resultados finales es la aplicación de factores de crecimiento.

Por otra parte, colocar de forma rutinaria PRP con factores de crecimiento autólogos y realizar una segunda mirada artroscópica, encontrando un menisco continuo, no garantiza que las fibras de colágeno atraviesen la lesión. En nuestros resultados se presentaron 2 meniscos con cicatriz macroscópica y ausencia de paso de las fibras colágenas de un lado al otro de la lesión en la evaluación microscópica. Como el estudio no estaba planteado para definir la competencia mecánica de las lesiones cicatrizadas macroscópicamente, sin

paso de fibras colágenas de un lado al otro de la lesión, queda abierta la puerta a nuevos diseños metodológicos y biomecánicos a partir de este trabajo, para así poder definir que este tipo de práctica pueda ser utilizada de forma rutinaria en humanos. Desde el punto de vista metodológico, sencillamente no podemos concluir con resultados en conejos que esta práctica deba ser utilizada rutinariamente en humanos.

Con el más afectuoso de los saludos, en nombre de nuestro grupo de investigación y su filiación institucional, agradecemos su enorme interés y sus comentarios sobre

nuestra publicación.

Cordialmente,

**Dr. Rolando Espitia**  
**Miembro titular, SCCOT**

## Referencias bibliográficas

1. Arnoczky SP, Warren RF. Microvasculature of the human meniscus. *Am J Sports Med* 1982; 10: 90.