

GMD

Facultad Cs. Médicas
Biblioteca



TFEM 2861



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencias Médicas

Trabajo Final para acceder al título de Especialista en Medicina
Legal.

RESPONSABILIDAD MÉDICA EN LESIONES COMBINADAS DE RODILLA

Autor: Noschese César
Tutor: Dr. Waron Leonardo

Cohorte: 2021

ÍNDICE:

1.-Resumen.....	pág. 3
2.-Introducción.....	pág. 5
3.-Metodología.....	pág. 14
4.-Resultados.....	pág. 19
5.-Conclusión.....	pág. 20
6.-Bibliografía.....	pág. 21

1.- RESUMEN:

Hablar de intervenciones quirúrgicas nos confronta con el fantasma de la mala praxis. En efecto, uno de los campos más proclives a que se realicen juicios por presunta responsabilidad médica es el de las intervenciones quirúrgicas.

La culpa médica y el daño emergente están producidos como consecuencia de uno o más de los cuatro elementos que constituyen la base de la culpa médica. Ellos son: 1. Impericia (no saber) 2. Negligencia (hacer de menos o no hacer lo suficiente) 3. Imprudencia (hacer de más) 4. Inobservancia de los reglamentos y deberes a su cargo.

Entre el fino equilibrio de saber qué hacer, no hacer de menos pero tampoco de más, se ubica la conducta médica adecuada. El presente trabajo tuvo como objetivo analizar diferentes demandas en las que se planteó la existencia de una supuesta mal praxis médica.

Cabe destacar que los casos analizados corresponden a siniestros laborales, por lo que las demandas establecidas fueron efectuadas contra las correspondientes Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (de ahora en más ART). Se analizaron seis casos de trabajadores que sufrieron lesiones agudas de rodilla con compromiso meniscal y durante su estudio y/o tratamiento se halló una lesión crónica ligamentaria.

El planteo central giró en torno a la existencia de dos conductas terapéuticas frente a un mismo diagnóstico. Esto es, reparar pura y exclusivamente el segmento lesionado recientemente o atender también la lesión crónica preexistente.

En los casos estudiados, se pudo visualizar que la conducta terapéutica reparadora estuvo dirigida únicamente al segmento agudo lesionado. De los seis casos, cinco llegaron a sentencia. En cuatro oportunidades se le dio lugar a la demanda procediendo a condenar a la ART y en uno fue rechazada por haberse agotado los plazos de Ley. En el caso restante no se llegó a sentencia por desestimación de la parte actora.

Desde una visión médico legal, podría decirse que la conducta más apropiada para evitar posibles reclamos futuros, sería la de hacerle llegar al paciente toda la información acerca de los riesgos y beneficios, técnicas a implementar, tiempos de recuperación y posibles complicaciones de cada una de las alternativas quirúrgicas. Hay que tener en cuenta que la realización de una cirugía incompleta (reparación de la lesión aguda y no la crónica) fue, en todos los casos estudiados, la causante de las demandas interpuestas por presunta responsabilidad médica.

2.- INTRODUCCIÓN:

Consideraciones anatómicas

La articulación de la rodilla es, según su funcionalidad, una articulación troclear (permite flexo-extender) y, de acuerdo con su anatomía, una bi-condílea, que une: A- la extremidad inferior del fémur (hueso del muslo), con B- la extremidad superior de la tibia (el más robusto de los dos huesos de la pierna) y C- la rótula (pequeño hueso triangular sesamoideo). Nos referiremos sólo a los dos primeros de ellos, ya que a los efectos que nos interesan, la rótula no se encuentra implicada.

A- La extremidad inferior del fémur tiene forma de tronco irregular de pirámide cuadrangular de base inferior – articular -, en ella se distingue por delante la tróclea, especie de polea destinada a articularse con la rótula; y por detrás, los dos cóndilos femorales destinados a articularse con la tibia. Los cóndilos (interno y externo) son dos prominentes estructuras redondeadas que se asemejan a porciones de esferas deformadas que se encuentran separadas en el plano anteroposterior por una incisura, surco o escotadura intercondílea (no articular).

B- La extremidad superior de la tibia tiene la forma de un voluminoso capitel irregular aplanado de arriba abajo, en la que se distinguen dos superficies o platillos tibiales (interno y externo) reservados para articularse con los cóndilos femorales – cavidades glenoideas -. Separando a ambas, se encuentra una zona no articular conocida como espacio o surco inter glenoideo. Ambas cavidades glenoideas, no son en realidad “cavidades” en el verdadero sentido de la palabra, en efecto la interna es casi plana y la externa es apenas cóncava; además

las superficies de ambas son significativamente menores comparadas con las grandes magnitudes de los cóndilos femorales. ⁽¹⁾

Consideraciones bio-mecánicas

La rodilla, como toda articulación troclear, pone en funcionamiento una superficie convexa (ambos cóndilos) con otra cóncava (ambas cavidades glenoideas) que son su imagen especular. Una estructura mecánica así construida, evidentemente sólo puede y debe efectuar movimientos en un sólo plano, esto es, girar sobre el eje longitudinal de la tróclea. En efecto, esta articulación sólo debe permitir movimientos de flexo extensión de la pierna sobre el muslo, debiendo restringir absolutamente cualquier movimiento de lateralidad, de rotación axial y de desplazamiento anteroposterior. De otra manera, todas las actividades ligadas a la acción ambulatoria se verían seriamente comprometidas, cuando no imposibilitadas. La simple inspección visual de la rodilla y una rápida deducción realizada a tenor de los conceptos anteriores demuestra que las superficies femoral y tibial no son congruentes.

La condición de estabilidad biomecánica de la articulación está asegurada (en condiciones de normalidad) por la concurrencia y competencia de estructuras articulares no óseas que suplementan y complementan la falta de congruencia fémoro tibial. Estas estructuras son, entre otras: la cápsula articular, los grupos musculares periarticulares, los ligamentos extra articulares, los meniscos y los ligamentos intra articulares.

A los fines del objetivo del presente escrito nos referiremos a los dos últimos:

- Los meniscos (interno y externo) son dos estructuras fibrocartilaginosas que se interponen entre los cóndilos femorales y las cavidades glenoideas

tibiales. Por fuera están firmemente adheridos a la cápsula articular en casi toda su extensión; las caras inferiores son casi planas y reposan unidas también firmemente a las cavidades glenoideas correspondientes, cubriéndolas en más de los dos tercios de sus superficies; las caras superiores son libres, de forma claramente cóncava y reciben a los cóndilos permitiéndoles excursionar sobre ellos en los movimientos de flexo extensión. De esta manera forman una unión indisoluble con ambos platillos tibiales ayudando a profundizar y hacer más coherente las superficies articulares, limando una asimetría cinemática que no es más que el reflejo de una asimetría anatómica.

- Los ligamentos intra articulares son dos, el ligamento cruzado anterior (LCA) y el ligamento cruzado posterior (LCP). Densos y muy sólidos, ambos representan los medios de fijación y unión más resistentes de la articulación de la rodilla por lo que su elongación o ruptura condiciona necesariamente una alteración en la estabilidad de la misma. Ambos se insertan por arriba en la escotadura intercondílea (el LCA en proximidades del cóndilo externo y el LCP en proximidades del interno) y por debajo en el espacio interglenoideo (el LCA en proximidades de la espina tibial anterior y el LCP en proximidades de la posterior). El LCA cuando la rodilla está en flexión es la contención primaria para evitar el desplazamiento hacia delante de la tibia, además controla la hiper extensión y las rotaciones externa e interna. El LCP impide la inestabilidad posterior de la rodilla en flexión. ⁽²⁾

Lesiones agudas traumáticas menisco-ligamentarias

Traumatismos y gestos forzados, de diverso origen y características que asienten sobre la rodilla, pueden producir lesiones de los meniscos, de los ligamentos cruzados y/o de ambos a la vez; en especial si el trauma potencialmente dañoso, provoca en la articulación movimiento de lateralidad, rotación axial o desplazamiento anteroposterior. En estas circunstancias y a causa de un movimiento para el cual la tróclea no está preparada, los meniscos sufren “pellizcamiento” entre las estructuras óseas situadas por encima y por debajo de ellos, y los ligamentos (que al ser muy cortos tienen poca reserva de elasticidad), al ser elongados se rompen.

Las lesiones así producidas pueden tener diferentes grados de intensidad, desde representar tan solo pequeñas efracciones intra sustancia, hasta verdaderas soluciones de continuidad con rupturas parciales y/o totales de las estructuras. En estos últimos, la resolución definitiva del problema es siempre de resorte quirúrgico:

- Extracción del segmento meniscal roto y regularización de la porción remanente, meniscectomía.
- Creación de un “neo ligamento” que remplace al que se rompió, ligamento plastia.⁽³⁾

Consideraciones médico-legales

- ACERCA DE LA LESIÓN MENISCAL - Cuando los meniscos se lesionan y dependiendo del grado y severidad de la injuria, la aparición de signos y síntomas tales como dolor que a veces llega a ser invalidante, bloqueo articular, etc., hacen que la meniscectomía deba ser realizada en un alto porcentaje de casos.

Desde el siglo pasado se aseveraba la no inocuidad de la meniscectomía.⁽⁴⁾ En efecto, hoy está claramente establecido un binomio entre meniscectomía y la aparición de artropatía degenerativa (artrosis) a mediano plazo.

En primer lugar, se debe a que la función del menisco no es simplemente ser un “rellenador” del espacio articular, sino que tiene una función insoslayable en el soporte del peso del cuerpo.

Sobre la base de la evidencia no puede haber dudas de que los meniscos incrementan sustancialmente el área de contacto y la congruencia articular entre el fémur y la tibia, pero concomitantemente juegan un papel trascendental en el mecanismo de transmisión de las cargas de las rodillas. Del 40% al 60% de la carga total transmitida a través de la articulación, pasa por los meniscos. Por ejemplo, un individuo de 80 kg en posición estática de pie, descarga 40 kg por cada una de sus rodillas; esta carga aumenta 1.3 veces al caminar; se duplica al correr; y se triplica o más al saltar.⁽⁵⁾

Al realizar la meniscectomía y extraer el segmento roto, se reduce el área de contacto, lo que conlleva a determinar una sobrecarga de transmisión de pesos en las superficies remanentes y el inicio del proceso artrósico.⁽⁶⁾

En segundo lugar, porque al quitar parte del menisco, se alteran estructuras destinadas a preservar la congruencia funcional de dos huesos anatómicamente incongruentes. Existe una competencia directa entre tamaño y zona del segmento meniscal extirpado versus compromiso de la estabilidad articular. Toda rodilla inestable sufre proceso artrósico.⁽⁷⁾

- ACERCA DE LA LESIÓN DEL LCA - Cuando el ligamento cruzado anterior se rompe, la falta de contención al desplazamiento hacia delante de la tibia, a la hiper extensión de la rodilla y a las rotaciones externa e interna, genera grave inestabilidad de la articulación. Por lo tanto, proceder a su reparación quirúrgica es imperativo. No actuar en consecuencia, acarrea serios inconvenientes a futuro, no sólo porque la aparición de lesiones condrales y artrósicas está bien documentada en la literatura, sino porque la insuficiencia del LCA fragiliza la articulación dejándola expuesta a otro tipo de lesiones.

-ACERCA DE LA LESIÓN COMBINADA MENISCO / LCA - La incidencia de lesiones combinadas complejas de menisco y LCA a causa de un mismo hecho dañoso son estadísticamente muy frecuentes. Según un estudio estadístico sobre 61 casos, el 48% presentaba lesiones combinadas. De cualquier manera, sea que la lesión meniscal ocurra contemporáneamente con la lesión del LCA, o bien, que el menisco se injurie sobre una rodilla con inestabilidad previa debido a ruptura del LCA preexistente, la conducta quirúrgica adecuada es la reparación simultánea de ambas estructuras.⁽⁸⁾

La bibliografía mundial especializada puntualiza que:

- “La reconstrucción del ligamento cruzado anterior o posterior debe acompañar a la reparación del menisco”.⁽⁹⁾
- “Toda meniscectomía en una rodilla inestable debe acompañarse de la necesaria reconstrucción del LCA inexistente. En conclusión, se debe afirmar que la rodilla sin LCA, dejada a su libre desarrollo, evoluciona con un daño creciente que afecta al cartílago articular, meniscos y, posteriormente, alcanza la globalidad de la articulación con todos los signos de la artrosis”.⁽¹⁰⁾

En conclusión, la reparación en conjunto de las estructuras está indicada porque si a una rodilla con inestabilidad generada a partir de un LCA incompetente (previo o simultaneo a la lesión meniscal), la extirpación aislada del segmento meniscal injuriado sólo conducirá a generar más inestabilidad.

“ALTERUM NON LAEDERE” axioma latino que expresa la prohibición a los hombres de dañar a otros o vulnerar sus derechos; es un principio entrañablemente vinculado a la idea de reparación. Dicho principio y la prohibición emergente, representan un derecho de carácter personalísimo, que no sólo encuentra raigambre constitucional (art. 19 de la Ley Madre), sino además en numerosos tratados y convenios internacionales suscriptos por nuestro país. Ya la CSJN se ha expresado numerosas veces en cuanto a que dicho derecho no se limita al carácter exclusivo y excluyente en el derecho privado, sino que expresa un principio general que regula cualquier disciplina jurídica.

Con referencia a lo que podríamos llamar “estado de salud práctica” referida a la posibilidad del trabajador de poder haber cumplido con su débito laboral en estadios previos al accidente, realizamos las siguientes consideraciones:

- Es prácticamente contra fáctico sostener que porque tal débito se cumpla adecuadamente el aparato ligamentario no se encuentre dañado.
- El hecho dañoso, que ocurrió en el pasado, pudo haberse ocasionado en forma casi desapercibida y haber transcurrido como una simple gonalgia pasajera.

- La inestabilidad sobreviniente relacionada con dicho daño es de instalación progresiva y muchas veces indolora, lo que no alarma al sujeto.
- Se trata (salvo que la inestabilidad sea muy notoria y evidente) de lo que podríamos llamar “una patología silenciosa”, como la hipertensión arterial o la diabetes. Sólo se pone en evidencia cuando la lesión de estructuras nobles se hace evidente. En este caso, el desgaste prematuro del cartílago articular, que conlleva a la artrosis temprana.
- Ningún examen médico de preingreso/periódico, requiere la realización de estudios de diagnóstico por imágenes capaces de poner en evidencia estas lesiones.

Es decir, y reiteramos los argumentos, la inestabilidad articular ya estaba presente, pero el presunto yerro quirúrgico omisivo la acentúa, además de acelerar la degeneración articular. Esto es sin duda sumar a un daño preexistente, uno nuevo que agrava el primero.

Encuadrado entonces en el tema específico se estima como solución que previo al acto quirúrgico y a través de medio fehaciente y oportuno, se comunique al damnificado que se procederá en el marco de la buena práctica médica, a reparar ambas estructuras (menisco y ligamento) pero que sólo se procederá a resarcir las secuelas en lo concerniente a la lesión meniscal (aceptación parcial) y no a la atinente a la lesión ligamentaria (rechazo por ser ésta previa).

Ahora bien, en la práctica diaria es evidente que la decisión sobre la conducta terapéutica queda supeditada a diferentes factores que no siempre conducen al mismo accionar. Esto es, la sola reparación del segmento agudo lesionado o bien la reparación combinada junto con la lesión crónica preexistente.

Estas variantes pueden estar marcadas por la opinión profesional (paciente asintomático, con suficiente musculatura cuadricipital compensadora y que por lo tanto no ponga de manifiesto inestabilidad alguna) y/o por la influencia que las ART tienen sobre estos. Tengamos en cuenta que estamos hablando de accidentes laborales, por lo que la totalidad de los gastos en los que se incurren en este tipo de intervenciones, corren a cuenta de las aseguradoras.

En ningún momento se pone en duda que las ART no deberían ni deben estar obligadas al resarcimiento de aquellas patologías que no guarden relación etiocronológica con el evento dañoso que originó su intervención. Pero así mismo, sostenemos enfáticamente que una cirugía insuficiente y omisiva, que claramente provoca un menoscabo en la salud integral del trabajador, daño que se agrega injustamente al ya ocasionado por el infortunio en sí mismo, es generadora de conducta culposa imputable.

El objetivo del presente trabajo fue analizar las demandas por presuntas mal praxis médica efectuadas por trabajadores que sufrieron lesiones agudas de rodilla.

3.- METODOLOGIA:

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo en el que se tuvieron en cuenta seis (6) casos de demandas por responsabilidad médica en juzgados Civil y Comercial de la Ciudad de Rosario.

Sólo uno de los casos no llegó a sentencia por haber decidido desistir la parte actora. En el resto de los casos se analizaron los diferentes fallos judiciales previo repaso por las pericias médicas oficiales llevadas a cabo por expertos en Medicina Legal sorteados por la Cámara. Los casos estudiados ocurrieron en los años 1997 y 2005.

Caso 1: Trabajador en empresa privada en tareas múltiples (carga y descarga de materiales, limpieza, seguridad, etc.) que, realizando su débito laboral habitual, sufrió esguince grave de rodilla izquierda. Se realizó la correspondiente denuncia a su ART, quien indicó estudios por imágenes que pusieron de manifiesto una ruptura grado III del menisco interno, más una ruptura completa crónica del ligamento cruzado anterior. Es intervenido quirúrgicamente reparándosele la lesión meniscal, pero sin adoptar conducta alguna sobre el ligamento injuriado. Posteriormente se da intervención a la Comisión Médica Jurisdiccional, la que fijó incapacidad por la meniscectomía pero no por la lesión ligamentaria. Finalmente, el Actor inició demanda por Daños y Perjuicios entendiendo como negligente la conducta terapéutica.

En el examen físico practicado en oportunidad de la Pericia Oficial, se constató una marcha levemente disbásica, una hipotrofia cuadricipital, limitación funcional en la flexión de la rodilla en cuestión y maniobras positivas para inestabilidad anterior. Se le fijó la incapacidad correspondiente y fue opinión del Perito que se debieron reparar ambos segmentos en dicho acto quirúrgico,

ya que el no hacerlo favorecería la aparición de un proceso artrósico precoz. Finalmente, el Juez falló en favor del trabajador.

Caso 2: Trabajador en la industria metalúrgica que mientras cumplía con sus tareas habituales, sufre esguince grave de rodilla derecha. Asistido en primera instancia por médico de planta y luego derivado a prestador de ART. Es estudiado mediante resonancia diagnosticándosele ruptura de ambos meniscos y ligamento cruzado anterior. La aseguradora reconoce la lesión meniscal, pero rechaza la ligamentaria adjudicando que la misma era preexistente.

Por ese motivo en el acto quirúrgico se le practicó una meniscectomía sin ocuparse del ligamento. Tiempo después y luego de iniciar la correspondiente demanda (habiendo sido indemnizado administrativamente por la lesión meniscal), se constató durante el examen físico de la Pericia Oficial, una rodilla limitada en sus movimientos de flexo extensión con una hipotrofia cuádriceps, sin signos meniscales ni de inestabilidad. Le fue fijada incapacidad incremental y el Perito expuso que la conducta omisiva de no reparar el ligamento dañado conlleva un riesgo importante para la aparición de patologías degenerativas articulares. La sentencia fue favorable al trabajador.

Caso 3: Se trata de un empleado de frigorífico que mientras desarrollaba su jornada habitual, sufre una entorsis en su rodilla derecha. Se da aviso a su ART, quien deriva a prestador para estudios. Sorpresivamente, únicamente le realizan una RX de la zona afectada. Al no visualizarse ninguna alteración en la misma dan de alta con reingreso a sus tareas habituales. Con el correr de los días los dolores se fueron intensificando por lo que decidió volver a consultar. Es entonces que indican una RMN en la que se pudo evidenciar una ruptura del menisco interno y del ligamento cruzado anterior. Inexplicablemente otorgan

un nuevo alta aduciendo que las lesiones no guardaban relación con el hecho denunciado.

Ante este hecho, el trabajador concurre a la Comisión Médica Jurisdiccional. La misma rectifica la decisión de la ART y la íntima a brindar las prestaciones correspondientes. En el protocolo quirúrgico se constató que solamente se le practicó una meniscectomía parcial sin adoptar ninguna conducta sobre el ligamento.

Por este motivo el trabajador instó una demanda judicial por Daños y Perjuicios. En la correspondiente Pericia Médica Oficial se constató una rodilla con crujido articular y con limitación funcional en la flexión. Finalmente, la sentencia le fue favorable al trabajador.

Caso 4: Empleado de supermercado que descargando mercadería padece un esguince en su rodilla izquierda. Se da aviso a su empleador y éste denuncia a la ART correspondiente. El trabajador es citado para examinar y se reconoció el infortunio como un típico accidente de trabajo. Bajo el diagnóstico de “ruptura parcial de menisco interno más ruptura crónica del LCA” es derivado a cirugía.

El protocolo quirúrgico de la misma indica que se le practicó una meniscectomía subtotal, pero nada menciona sobre el ligamento lesionado. Tiempo después el trabajador es indemnizado por el ente administrativo por dicha meniscectomía, pero el dictamen fue apelado judicialmente por la parte actora argumentando la necesidad de que sea contemplada también la lesión ligamentaria. Paralelamente a esto se inició demanda por Daños y Perjuicios. Es así que finalmente se llegó a la Pericia Médica Oficial, donde se constató

una marcha disbásica con hipotrofia cuadricipital, limitación funcional en la flexo extensión más inestabilidad anterior. Se le fijó la incapacidad incremental correspondiente y la sentencia judicial condenó en costas a la ART.

Caso 5: Empleado en un lavadero de automóviles que, empujando un vehículo, resbala y sufre un traumatismo con esguince grave de rodilla derecha. Es trasladado a prestador de su ART donde recibe las primeras atenciones. En primera instancia sólo se le practicó una radiografía en la cual no se evidenció lesión. Se le otorgó un alta, pero al poco tiempo tuvo que reingresar a prestaciones ya que el dolor continuaba. Es entonces que le realizan una resonancia en donde se puso de manifiesto una lesión del cuerno posterior del menisco externo más ruptura del LCA.

Es sometido a corrección quirúrgica pero únicamente del menisco. Recibió la correspondiente indemnización por parte de la aseguradora y luego precedió a demandar civilmente por entender como culposa la conducta no reparadora sobre el ligamento injuriado. El examen físico de la Pericia Oficial indicó una rodilla sin hidrartrosis ni hipotrofia, pero con movimientos limitados en la flexión y con leve inestabilidad articular anterior. Por cuestiones inherentes a los plazos de Ley el caso prescribió y la sentencia concluyó con el rechazo de la demanda.

Caso 6: Trabajador como operario en vías de ferrocarril que cumpliendo con sus tareas habituales sufre esguince de rodilla derecha. Se denuncia a la ART quien deriva a prestador para estudios. Se diagnostica una ruptura extensa de cuerpo y cola de menisco interno más lesión crónica del ligamento cruzado anterior. Se le practicó una artroscopía, pero únicamente atendiendo el menisco. Al entender esto como un acto omisivo culposo, decidió iniciar una demanda.

La misma siguió su curso y en oportunidad de la Pericia Médica Oficial, se constató una rodilla edematosa con movimientos limitados en la flexo extensión y una inestabilidad articular anterior. Se le fijó la correspondiente incapacidad, pero no se llegó a sentencia ya que la Aseguradora hizo un ofrecimiento económico al trabajador, éste lo aceptó y desistió del caso.

4.- RESULTADOS:

En la totalidad de los casos analizados (seis) existió un esguince grave de rodilla que durante su estudio mediante resonancia magnética nuclear se diagnosticó una lesión aguda meniscal, interno o externo indistintamente (es irrelevante para el objeto del presente trabajo), que coexistió con una ruptura de ligamento cruzado anterior crónica. Todos llegaron a instancia de Pericia Médica Oficial y también en la totalidad de los casos intervino una ART ya que se trataron de accidentes laborales.

En los cuatro primeros, se le dio curso a la demanda y las aseguradoras fueron condenadas a partir de fallos que entendían la existencia de una conducta negligente por reparar la lesión meniscal pero no así la ligamentaria, incluso cuando no se registró inestabilidad articular evidente.

En el quinto caso, la demanda fue rechazada por prescripción de los plazos de ley y en el sexto caso, el damnificado logró llegar a un acuerdo económico con la ART previo a la sentencia por lo que decidió desistir de la demanda.

5.- CONCLUSIÓN:

Es opinión del autor del presente trabajo, amparado en la distinta bibliografía citada, así como también en concordancia con la opinión de los diferentes Peritos Médicos que intervinieron en los fallos analizados, que una rodilla inestable (con injuria ligamentaria), conduce inequívocamente a un proceso artrósico precoz, y si a esto le sumamos la extirpación de un segmento meniscal, estaríamos acelerando dicho proceso.

Es por ello que la reparación simultánea de ambas estructuras debe ser la conducta terapéutica a implementar. Caso contrario, no sólo conllevaría un perjuicio en la vida cotidiana de la persona, sino que además entraña peligro cierto de inseguridad laboral, exponiendo al trabajador a una situación de desventaja frente a la mayor incidencia de probables nuevos infortunios.

Cabe destacar también que en el único de los casos en que la demanda fue rechazada, esto no se debió a una opinión profesional que ampare o defienda que la no reparación de la lesión ligamentaria crónica sea la conducta terapéutica adecuada, sino que fueron cuestiones jurídicas vinculadas al proceso (como la prescripción de plazos) las que llevaron a este resultado.

6.- BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Anatomía Humana Descriptiva y Topográfica - H. Rouvière (1964) - edit. Bailly Bailliere.
- (2) Meccanica dell' Apparato Locomotore Applicata al Condizionamento Muscolare - S. Fucci y M. Benigni (1993) - Ap Americana de Publicaciones S.A.
- (3) Cirugía de la Rodilla - John M. Insall (1994) - edit. Panamericana.
- (4) Knee joint changes after menisectomy - T.J. Fairbank (1984). The Journal of Bone and Joint Surgery.
- (5) The weight bearing role of the menisci of the knee - N. Shrive (1974).
- (6) Artrosis post meniscectomía - F. Samsó (1990).
- (7) Wich factors influence the progression of degenerative osteoarthritis - K. Küllmer (1994).
- (8) Madrigal Guillén y cols. - (1996).
- (9) Rodilla Cirugía Reconstructiva - Douglas W. Jackson (1999)- edit. Marban.
- (10) Traumatología de la Rodilla - V. Consejero López y J. M. Madrigal Royo (2002)- edit. Panamericana.