



Rodilla Lesiones ligamento cruzado anterior (LCA)

El ligamento cruzado anterior es el ligamento que se rompe con más frecuencia en la articulación de la rodilla. Entre los futbolistas, la rodilla representa el 30% de todas las lesiones y el ligamento cruzado anterior se rompe en un 25% de las mismas. La rotura del ligamento cruzado anterior, aislada o combinada con lesiones meniscales o de los ligamentos colaterales, producen cambios degenerativos entre el 60 y el 90% de los pacientes, 10-15 años después de la lesión. Muchos autores han señalado que la pérdida del ligamento cruzado anterior no siempre produce una pérdida funcional importante y es posible que, en el caso de los deportistas, puedan recuperar su actividad profesional con un buen desarrollo del músculo cuádriceps.

Tras una lesión del ligamento cruzado sin reparación, más del 90% de los sujetos podrían hacer una vida normal, pero sólo el 50% practica algún deporte. La actividad deportiva del paciente provoca fallos en los movimientos de pivote, aumentando el riesgo de lesión meniscal y cartilaginosa, y con ello el grado de artrosis.

Las lesiones meniscales están relacionadas, en muchas ocasiones, con roturas del ligamento cruzado anterior. La insuficiencia del ligamento cruzado anterior conlleva a lesiones meniscales que alteran el patrón de movimiento articular. Una muestra de esta interdependencia entre las diferentes estructuras anatómicas en la articulación de la rodilla es que el 80% de los pacientes que padecen de ruptura del ligamento cruzado anterior sin haber recibido tratamiento adecuado presentan una rotura meniscal dos años posterior a la lesión, lo que justifica la indicación quirúrgica.

Dependiendo de la edad, del tipo de lesión y la actividad del paciente se pueden ofrecer diferentes posibilidades, desde el tratamiento conservador hasta técnicas de sustitución con materiales biológicos. En los atletas de competición debe repararse el ligamento cruzado anterior roto.

Hasta hace poco esta reparación requería una gran intervención quirúrgica, exponiendo ampliamente la rodilla, lo cual entrañaba riesgos de infección, atrofia muscular y rigidez, sin olvidar el dolor postoperatorio y una larga inmovilización. Los avances de las técnicas artroscópicas han animado a muchos lesionados a reparar su ligamento.

La rotura del ligamento cruzado anterior debe ser tratada quirúrgicamente en todos aquellos pacientes jóvenes que no se resignen a abandonar las actividades deportivas. Esta sustitución del ligamento roto es mucho más cómoda y tiene menos riesgos si se realiza por vía artroscópica. Debe llevarse a cabo precozmente, en los 6-8 meses que siguen al accidente, para evitar la aparición de lesiones secundarias. Además, con las técnicas actuales, es posible ofrecer esta solución a personas mayores de 40 años de edad, las que antiguamente estaban condenadas a una vida sedentaria.

Después de realizar una exploración rutinaria de la rodilla con el artroscopio, se localizan los puntos óseos de inserción del ligamento cruzado roto y se labra un túnel en el hueso con la ayuda de una guía adecuada. La entrada de este túnel en la tibia y la salida en el fémur requieren una pequeña incisión en la piel de unos 2 centímetros.

A través del túnel se introduce una tira de tendón rotuliano o de los tendones de inserción del músculo semitendinoso o recto interno, o ambos, previamente extraídos de la otra rodilla o de cadáver conservados en un banco de tejidos. El injerto se fija mediante tornillos o grapas en los extremos del túnel.



Postoperatorio en cirugía de LCA

El paciente permanecerá en reposo mediante una rodillera o férula durante tres semanas con crioterapia o hielo en la rodilla de forma consecutiva, durante 72 horas. La rodillera le impedirá la movilidad por debajo de 25° y por encima de 80°, considerando conveniente la descarga durante dos o tres semanas y una carga progresiva a partir de la tercera semana.

Los ejercicios isométricos de cuádriceps comienzan la primera semana y prosiguen hasta la octava semana, acompañados de electroestimulación y ejercicios de estiramientos y movilidad de la cadera.

Es muy importante efectuar ejercicios directos de control propioceptivo a partir de las siete semanas, y ejercicios de agilidad y control lateral a partir de los tres meses. Además es necesario ejercitar la extremidad sana (no operada) y el tren muscular superior al día siguiente de la intervención quirúrgica. Sin embargo la natación solo es posible de iniciar a las 6 semanas del postoperatorio.

A los tres meses se comienza a cargar todo el peso del cuerpo, realizando además ejercicios con máquinas de gimnasio, y a los 5 meses se inician la carrera y los ejercicios isocinéticos.

Los pacientes, tras reparación del LCA con injertos o aloinjertos, podrán reinsertarse a los deportes recién a los 7 u 8 meses. Para esto la rodilla debe carecer de inflamación, la fuerza de los músculos cuádriceps e isquiotibiales debe ser del 80 al 90% comparado con la otra pierna, al igual que la distancia de salto, y presentar rango articular idealmente de 140°.