

RipollyDePrado **FIFA** | MEDICAL CENTRE
SportClinic OF EXCELLENCE

Criteria Médicos del Servicio sustentados por la bibliografía médica Ligamento Cruzado Anterior

La rodilla se comporta como un órgano

La **rodilla** está formada por un conjunto de tejidos (**hueso, cartílago, membrana sinovial, meniscos y ligamentos**) que cumplen una determinada función. Estos tejidos **están interrelacionados** y dependen unos de otros.

El **punto clave** de nuestros tratamientos es la **preservación del cartílago articular**, tejido que permite que los huesos deslicen unos sobre otros sin apenas desgaste. Cuando se lesiona, es incapaz de cicatrizar y regenerarse por sí mismo. En consecuencia, nuestro objetivo es prevenir su deterioro conservando su amortiguación (meniscos) y la estabilidad articular (ligamentos). Por tanto, debemos actuar antes de que el cartílago resulte afectado.



Su función

Es un estabilizador de la rodilla de primer orden.



Evaluación por un experto

La exploración clínica, cuyo objetivo es comprobar la estabilidad de la rodilla, es más fiable que la resonancia.



¿Es recomendable la cirugía?

Si no se opera, el 80% de los pacientes desarrollan lesiones meniscales y cartilaginosas que pueden ser irreparables. Este hecho, es especialmente importante en pacientes jóvenes.



Función LCA

La reparación del Ligamento Cruzado Anterior se realiza para proteger al resto de los elementos que forman la articulación.

CRITERIOS MÉDICOS DEL SERVICIO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES DEL LCA SUSTENTADOS POR LA BIBLIOGRAFÍA MÉDICA

La reconstrucción del ligamento cruzado anterior LCA tiene como objetivo devolver a la rodilla la estabilidad perdida con la lesión del mismo.

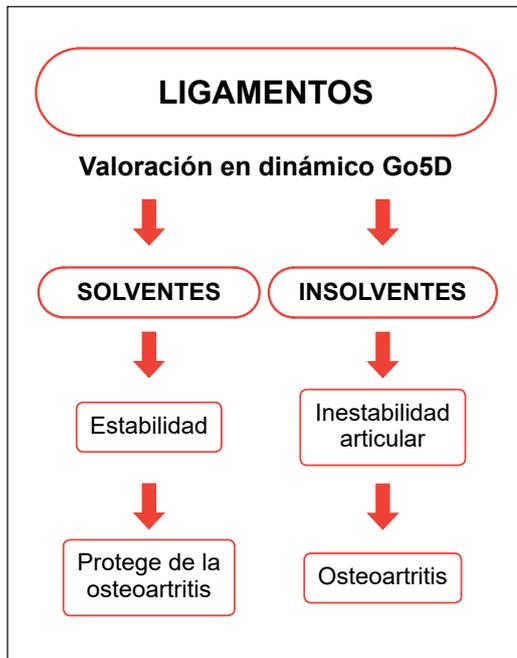
La pérdida de la estabilidad de la rodilla desencadena un proceso de destrucción de sus elementos, tales como, cartílago y menisco. La reconstrucción del ligamento es pues, un gesto de protección.

Debe realizarse antes de que el deterioro (osteoartritis) de la rodilla esté avanzado.

Cuando, además de la reconstrucción ligamentosa, vamos a realizar suturas meniscales nunca debe realizarse la cirugía después de 12 semanas de la lesión. Así mismo está demostrado que la tasa de complicaciones baja cuando la cirugía se realiza transcurridas 3 semanas después de la lesión.

En consecuencia, el plazo ideal para realizar la cirugía es entre las 3 y 12 semanas después de la lesión.

DIAGNÓSTICO DE CERTEZA BIOMECÁNICO GO5D



Ver vídeo



Ver dossier explicativo

ROTURAS PARCIALES DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

No existen roturas parciales o totales del ligamento cruzado anterior cuando tratamos de indicar su reconstrucción.

Los ligamentos son solventes o insolventes mecánicamente para aportar estabilidad a la rodilla de cada individuo en función de sus necesidades y es este criterio el que debe prevalecer para indicar su reconstrucción.

Arthroscopy The Journal of Arthroscopic and Related Surgery

AANA ARTHROSCOPY ASSOCIATION OF NORTH AMERICA

¿Es un desgarro parcial del ligamento cruzado anterior realmente parcial? Una investigación clínica, artroscópica e histológica

Aashish V. Jog, M.D. Tyler J. Smith, D.O. Paul S. Pipitone, D.O. Behnaz C. Toorkey, M.D. Craig D. Morgan, M.D. Arthur R. Bartolozzi, M.D.

Propósito

(1) Para determinar si el examen bajo anestesia (EUA) y / o la resonancia magnética (MRI) es un medio preciso para determinar la selección del paciente para una reconstrucción selectiva del haz, (2) para determinar si la evaluación clínica

preoperatoria se correlaciona con la artroscópica. examen, y (3) examinar histológicamente si un desgarro parcial del ligamento cruzado anterior (LCA) es realmente parcial en términos de lesión vascular.

Métodos

Este estudio de cohorte prospectivo no aleatorizado incluyó a 95 pacientes que se sometieron a reconstrucción primaria del LCA desde enero de 2013 hasta mayo de 2014. Todos los pacientes se sometieron a una EUA, MRI y evaluación artroscópica. En pacientes con desgarros parciales del LCA, se reseco el haz intacto y se sometió a examen histológico. La prueba de la χ^2 se utilizó para comparar EUA y MRI en la detección de desgarros parciales.

Resultados

De los 95 pacientes incluidos, 40 (42%) tenían hallazgos de EUA compatibles con un desgarro parcial del LCA, mientras que 22 (23%) tenían hallazgos de resonancia magnética interpretados como un desgarro parcial del LCA. El examen artroscópico confirmó un desgarro parcial del LCA en solo 11 pacientes (12%). La sensibilidad de EUA y MRI en la detección de desgarros parciales del LCA fue del 100% y 90,9%, y la especificidad fue del 65% y 85,7%, respectivamente. La prueba de χ^2 sugirió asociaciones estadísticamente significativas entre el método de evaluación y el resultado del diagnóstico [$\chi^2 (1) = 7.83, P = .005$]. La resonancia magnética tuvo 1,24 veces más probabilidades de identificar correctamente un desgarro parcial (intervalo de confianza del 95%, 1,06-1,45). EUA tenía 2,23 veces más probabilidades de identificar incorrectamente un desgarro parcial (intervalo de confianza del 95%, 1,24-4,02). El análisis histológico mostró un mayor número de linfocitos, ausencia de leucocitos polimorfonucleares, fibroblastos predominantes, neovascularización y orientación variable del colágeno.

Conclusiones

Existe una disparidad entre EUA, MRI y hallazgos artroscópicos en la evaluación de los desgarros parciales del LCA. La artroscopia sigue siendo el estándar de oro para diagnosticar la integridad macroscópica del haz intacto. El análisis microscópico revela que la integridad del material del ligamento intacto restante está alterada y puede mostrar una respuesta histológica similar a una rotura completa del LCA.

Nivel de evidencia

Estudio de cohorte prospectivo, no aleatorizado, de nivel III.

■ **Enlace al artículo:** [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(20\)30192-4/abstract](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(20)30192-4/abstract)

¿EXISTE UN PLAZO ÓPTIMO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL LCA?

Sí. La reconstrucción del ligamento cruzado anterior debe realizarse pasados al menos 15 días. La literatura médica indica tal plazo para conseguir una disminución muy importante en las complicaciones antes de que transcurran ocho semanas desde la lesión, ya que si queremos reconstruir las lesiones meniscales asociadas exitosamente no debemos superar este plazo.

Arthroscopy The Journal of Arthroscopic
and Related Surgery

AANA | ARTHROSCOPY ASSOCIATION
OF NORTH AMERICA

Variaciones de los sistemas nacionales de salud: el tiempo desde la lesión hasta la cirugía puede afectar los resultados del tratamiento del ligamento cruzado anterior-ligamento colateral medial

Editorial Commentary: Variations of National Health Systems: Time From Injury to Surgery Can Affect Anterior Cruciate Ligament–Medial Collateral Ligament Treatment Outcomes

Mark G. Siegel, M.D.

Resumen

Una investigación reciente que utilizó la gran base de datos del Registro Nacional Sueco de Rodilla mostró que “El riesgo de revisión del LCA no difirió entre los autoinjertos de HT y PT en pacientes sometidos a reconstrucción del LCA con una lesión del MCL no tratada quirúrgicamente. Sin embargo, el uso de ST-G se asoció con una función de la rodilla informada por el paciente durante dos años más deficiente en comparación con la ST “. Sin embargo, el sistema de salud sueco es tan único que los resultados pueden no ser de aplicación universal. Suecia brinda atención médica universal, lo cual es loable, pero hubo una demora promedio de 314 días entre la lesión y la intervención quirúrgica. Esto sugiere que la lesión del ligamento colateral medial (MCL) ya se había vuelto crónica y que la cirugía del ligamento cruzado anterior no fue eficaz ni dirigida hacia la patología aguda del MCL. El algoritmo de tratamiento de tiempo y MCL es diferente de las recomendaciones publicadas. **El retraso puede tener consecuencias negativas.**

■ Leer artículo completo: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(19\)30873-4/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(19)30873-4/fulltext)

Conceptos actuales en el diagnóstico de la lesión ligamentosa

- 1** Historia clínica.
- 2** Exploración clínica.
- 3** Pruebas complementarias de imagen.
- 4** Diagnóstico de certeza biomecánico Go5D.

Influencia de la reparación del asa del cubo del menisco medial en el contexto de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior en la mecánica de contacto tibiofemoral: un estudio biomecánico

Catherine A Logan, Zachary S Aman, Bryson R Kemler, Hunter W Storaci, Grant J Dornan, Robert F LaPrade

Propósito

Comparar el impacto de una reparación de adentro hacia afuera versus meniscectomía de un desgarro de mango de cubo de menisco medial en la restauración de áreas de contacto nativas y presiones a través de las mesetas tibiales en el contexto de una reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA).

Métodos

Se probaron diez rodillas cadavéricas congeladas en 6 condiciones de rodilla (1: intacta; 2: LCA rasgada y desgarro del menisco interno con mango de cubo, volteada; 3: desgarro del menisco interno con mango de cubo, reducido; 4: desgarro con mango de cubo del menisco medial, reparado mediante la técnica de sutura de colchón vertical de adentro hacia afuera; 5: ACLR con autoinjerto de hueso de tendón de rótula ósea y reparación de mango de cubo; 6: ACLR y desbridamiento de desgarro de mango de cubo de menisco medial) en 4 ángulos de flexión (0  , 30  , 45   y 60  ), bajo una carga axial de 1,000 N. El  rea de contacto y la presión se midieron con sensores Tekscan.

Resultados

La ACLR con una meniscectomía medial concurrente para una rotura del asa del cubo del menisco medial resultó en una disminución significativa del área de contacto ($P < .05$) y un aumento de la presión media y máxima en los compartimentos medial y lateral en todos los ángulos de flexión probados ($P > .05$). El ACLR con estado de meniscectomía medial también demostró un área de contacto significativamente menor que el estado de reparación del mango del cucharón entre 30   y 60   de flexión (todos $P > .05$).

Conclusiones

La resección de un desgarro de menisco medial con mango de cangilón concurrente con un ACLR resultó en aumentos significativos en las presiones de contacto media y máxima no solo en el compartimento medial sino también lateral. La preservación del menisco medial en la cara de una rotura del mango del cubo es esencial para restaurar más de cerca la biomecánica tibiofemoral nativa.

Relevancia clínica

El aumento de la presión de contacto tibiofemoral media y máxima que se observa con la escisión de un desgarro del menisco medial con asa de cubo daría como resultado con el tiempo una mayor degradación cartilaginosa y la osteoartritis resultante. La disminución de estos dos factores mediante reparaciones concomitantes de ACLR y de menisco de adentro hacia afuera con asa de cubo debería mejorar los resultados del paciente al restaurar la biomecánica y la cinemática de la rodilla más cerca de la del estado nativo.

ÍNDICE 1/2

- 1** | ¿Por qué hacemos un haz simple y no uno doble?
- 2** | ¿Por qué utilizamos tendón rotuliano?
 - 2.1** | Tiene un solo fascículo.
 - 2.2** | El injerto tiene pastillas óseas en sus dos extremos.
 - 2.3** | La plastia del tendón rotuliano es la que menos rotura sufre.
 - 2.4** | La plastia del tendón rotuliano es la que más estabilidad proporciona a la rodilla.
 - 2.5** | Buen resultado. Seguimiento a largo plazo.
 - 2.6** | La reconstrucción del LCA no se debe posponer. Aumento del riesgo de osteoartritis en la rodilla.
- 3** | Lesiones del LCA con avulsión de las espinas tibiales.
- 4** | Indicación de la reconstrucción del ligamento anterolateral en la cirugía de LCA.
- 5** | ¿Por qué hacemos el túnel a través del portal anteromedial?
- 6** | ¿Por qué utilizamos, cuando está indicado, aloinjertos ligamentosos para la sustitución del ligamento?
- 7** | ¿Influye la edad en el éxito de la reconstrucción?
- 8** | ¿Influye la obesidad en el pronóstico del LCA?
- 9** | Uso de los factores plaquetarios en la reconstrucción del LCA.

ÍNDICE 2/2

10 | La lesión del LCA en la Mujer.

10.1 | Tratamiento.

10.2 | Características específicas de la mujer.

10.2.1 | Factores estructurales.

10.2.2 | Factores hormonales.

10.3 | La rodilla de la mujer debe de ser estudiada biomecánicamente.

10.4 | Laboratorios Go5D.

10.5 | Técnicas quirúrgicas

11 | La lesión del LCA en el Niño.

11.1 | Prevención, tratamiento y rehabilitación.

11.2 | Riesgo de lesiones secundarias en jóvenes atletas después de la reconstrucción del LCA.

11.3 | Reconstrucción pediátrica del LCA.

11.4 | Lesiones del LCA en niños y adolescentes.

11.5 | Rehabilitación de la cirugía LCA en niños.

1 CRITERIO DEL SERVICIO: ¿Por qué hacemos un haz simple y no uno doble?

Arthroscopy The Journal of Arthroscopic
and Related Surgery

AANA | ARTHROSCOPY ASSOCIATION
OF NORTH AMERICA

Comentario editorial: revisión de la reconstrucción fallida del ligamento cruzado anterior de doble paquete

Resumen

La reconstrucción de doble haz (DB) del ligamento cruzado anterior fue favorecida durante varios años. Sin embargo, estudios recientes muestran cada vez más que esta técnica no proporciona una ventaja clara sobre la técnica de paquete único menos invasiva. Desafortunadamente, el injerto falla con relativa frecuencia después de la reconstrucción del LCA. La comunicación postoperatoria de los túneles óseos a través de la ampliación del túnel óseo es posible. Dado que se crean 2 canales de perforación en la técnica DB, tanto femoral como tibial, se supone que esta técnica puede causar problemas durante la revisión. Entonces, en parte, la revisión puede requerir un procedimiento de 2 pasos con relleno de injerto óseo de los túneles como primer paso. Es importante que los cirujanos con experiencia en el uso de DB publiquen sus estrategias y experiencias de revisión.

Ver texto completo: <https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063%2819%2931083-7/fulltext>

Las reconstrucciones de Ligamento Cruzado Anterior con Doble haz dan resultado similar a las de haz simple.

In vitro and intraoperative laxities after single-bundle and double-bundle anterior cruciate ligament reconstructions.

Hemanth R. Gadikota, M.S., Jong Keun Seon, M.D., Chih-Hui Chen, M.D., Jia-Lin Wu, M.D. Thomas J. Gillí, M.D., and Guoan Li, Ph.D.

El control de la rotación de la tibia es similar in vivo con haz simple y haz doble.

Tibial rotation under combined in vivo loading after single-bundle and double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction.

Alexander Tsarouhas, M.D., Ph.D., Michael Iosifidis, M.D., Ph.D., Giannis Spyropoulos, M.Sc, Dimitrios Kotzamticos, M.D., Themistoklis Tsatalas, M.Sc. y Giannis Giakas, Ph.D.

La Asociación de artroscopia de Norteamérica de Robert W. Metcalf de un estudio de año 2009.

John Redfern, M.D., and Robert Burks, M.D.

La ventaja de hacer un doble fascículo debe ser conseguir una mejor estabilidad rotacional.

Double-bundle arthroscopic reconstruction of the anterior cruciate ligament: does the evidence add up?

Longo UG, King JB, Denaro V, Maffulli N. J Bone Joint Surg Br. 2008; 90:995-9

2 CRITERIO DEL SERVICIO: ¿Por qué utilizamos tendón rotuliano?

2.1 Tiene un solo fascículo.

Al ser monofascicular es más fácil que al fijarla la tensión permanezca uniforme.

Las plastias de varios fascículos ofrecen dificultades al tensionarlas ya que en muchas ocasiones todos los fascículos no se tensionan igual al fijarlo.

2.2 El injerto tiene pastillas óseas en sus dos extremos.

La fijación de la plastia se hace hueso con hueso ya que introducimos en el interior de los túneles las pastillas óseas. En otro tipo de plastias se introduce tendón en el interior de los túneles óseos siendo la fijación menos consistente.

COMENTARIO DEL DR. RIPOLL

Las reconstrucciones del LCA con autoinjerto de un trasplante de tendón rotuliano (hth), son las que tienen más amplio seguimiento en la literatura médica.

Se trata de cirugías fiables con una alta tasa de mantenimiento de buenos resultados a través del tiempo. Es fundamental la conservación de los meniscos y la reparación de las lesiones del cartílago articular. Así mismo, es importante realizarla en grados bajos de deterioro de la rodilla, y en un periodo de alrededor de doce semanas desde el accidente si existen lesiones meniscales asociadas.

2.3 La plastia del tendón rotuliano es la que menos rotura sufre.

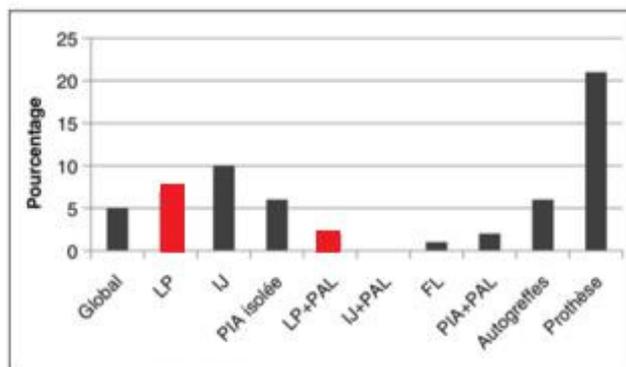


FIGURE 94.7 Résultats – ruptures itératives.
FL : fascia lata ; LJ : ischiojambiers ; LP : ligament patellaire ; PAL : plastie antérolatérale ; PIA : plastie intra-articulaire.

Según datos de la Sociedad Francesa de Artroscopia.

2.4 La plastia de tendón rotuliano es la que más estabilidad proporciona a la rodilla.

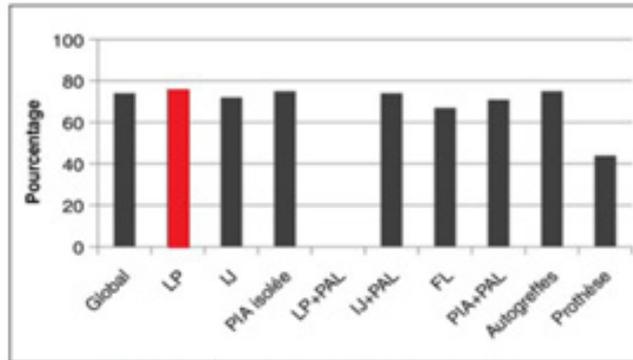


FIGURE 94.5 Résultats objectifs – laxité antérieure résiduelle.
FL : fascia lata ; IJ : ischiojambiers ; LP : ligament patellaire ; PAL : plastie antérolatérale ; PIA : plastie intra-articulaire.

Según datos de la Sociedad Francesa de Artroscopia.

2.5 Buen resultado: seguimiento a largo plazo.

Cuando se realiza la reparación del LCA se deben tratar todas las lesiones asociadas para obtener un buen resultado a largo plazo

ELSEVIER

Resultados a muy largo plazo de reconstrucciones del ligamento cruzado anterior por autoinjerto de un trasplante de tendón rotuliano. Acerca de una serie continua de 142 casos durante 20 años de seguimiento. Seguimiento a largo plazo de 20 años después de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior mediante autoinjerto de tendón rotuliano

F. Dalat A. Viste J.-L. Besse M.-H. Fessy B. Medium

Introducción

El ligamento plastia del ligamento cruzado anterior (LCA) da excelentes resultados (75 a 93%) a mediano plazo, pero son raras las series con más de 20 años de seguimiento. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los resultados clínicos, radiológicos y funcionales a muy largo plazo de los pacientes operados para una reconstrucción del LCA mediante autoinjerto de un trasplante de hueso de tendón rotuliano (O-TR-O). También identificamos los factores de evolución de la artritis.

Materiales y métodos

Nuestro trabajo retrospectivo se centró en una serie continua de 142 pacientes operados por una ruptura aislada del LCA con un autoinjerto de un trasplante O-TR-O en 1992 y 1993. Un operador independiente revisó a los pacientes.

La evaluación subjetiva fue posible para 118 pacientes (83%): Formulario de evaluación subjetiva de la rodilla del Comité Internacional de Documentación de la rodilla 2000 (IKDC), Escala de nivel de actividad de Tegner, puntuación de la rodilla de Lysholm, lesión de la rodilla y resultado de la osteoartritis (KOOS). La evaluación clínica, radiológica, así como la medición objetiva de la laxitud (KT-1000, Rx dinámico: Lerat) fue posible para 86 pacientes (60,6%). En la intervención, la edad media fue de $25,7 \pm 7$ años (15– 47). El seguimiento medio fue de 242 ± 7 meses (229-253).

Resultados

La puntuación IKDC-2000 fue normal o casi normal en 49 casos (78%). Las puntuaciones funcionales subjetivas de IKDC, KOOS, Lysholm y Tegner en el seguimiento más grande fueron $78,8 \pm 13,9$ (42,5–100), $82,7 \pm 15,7$ (35–100), 86,5, respectivamente. $\pm 9,2$ (51–100) y 6 (3–9). El puntaje objetivo de IKDC fue: 17,5% grado A, 50% grado B, 30,2% grado C y 2,3% grado D. Las mediciones KT-1000 mostraron una laxitud diferencial de $0,97 \text{ mm} \pm 2,1$ (–2 a 7) manual máx. Radiológicamente, se observó un desarrollo de artritis moderado a severo en 1/3 de los casos. La aparición de osteoartritis se correlacionó con la existencia de una lesión del menisco medial y / o cartílago durante el ligamento plastia y el aumento de peso en la revisión. A los 20 años de seguimiento, $\frac{1}{4}$ de los pacientes fueron reoperados: 9 LCA iterativas, 19 meniscectomías, 2 osteotomías del valgo tibial (TVO) y la reanudación de LCA con TVO.

Discusión

Nuestros resultados están de acuerdo con los de la literatura. La principal dificultad es obtener una tasa de revisión integral. Los estudios encuentran un buen control de la laxitud y buenos resultados funcionales. En la literatura, la tasa de osteoartritis varía entre el 19 y el 54% y los principales factores pronósticos son el estado del menisco medial y el cartílago durante el ligamento plastia.

Conclusión

Después de más de 20 años de seguimiento, la reconstrucción del LCA con autoinjerto de un trasplante O-TR-O proporciona muy buenos resultados subjetivos y objetivos con un buen control de la laxitud anterior sin morbilidad específica en el sistema extensor. Sin embargo, se observa una evolución artrítica en 1/3 de los casos.

Ver texto completo: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-andaluza-traumatologia-ortopedia-130-articulo-reconstruccion-del-ligamento-cruzado-anterior-13007411>

ELSEVIER

Reconstrucción del ligamento cruzado anterior después de 10 a 15 años: asociación entre meniscectomía y osteoartrosis

MoisesCohenM.D., Ph.D. Joicemar Tarouco Amaro M.D. Benno Ejnisman M.D., Ph.D. Rogério Teixeira Carvalho M.D. Kleber Kodi Nakano M.D. Maria Stella Peccin M.D. Rogério Teixeira M.D. Cristiano F.S. Laurino M.D. Rene Jorge Abdalla Ph.D.

Objetivo

Métodos: desde julio de 1986 hasta marzo de 1991, 82 pacientes fueron sometidos a reconstrucción de LCA asistida por artroscopia con injerto de tendón rotuliano. De estos, 62 regresaron para una evaluación de seguimiento entre noviembre de 2000 y abril de 2001. Cuatro médicos diferentes, cegados a los resultados del examen mutuo, evaluaron los resultados radiológicos y quirúrgicos de acuerdo con los criterios del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla y la escala de puntuación de la rodilla de Lysholm.

Resultados

Evaluar la estabilidad y la artrosis de la rodilla 10 a 15 años después de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA) asistida por artroscopia con injerto de tendón rotuliano . Hubo 47 pacientes masculinos y 15 femeninos. El período medio entre la lesión y la cirugía fue de 16 meses (rango, 2 semanas a 8 años). Los resultados de las radiografías se

compararon con el hallazgo de lesiones meniscales durante la cirugía y con los resultados de las pruebas del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla.

Una asociación estadísticamente significativa ($P < .0001$) se encontró entre la artrosis medial o lateral de la rodilla y la lesión meniscal. En todos los pacientes, la presencia de desgarros en ambos meniscos se asoció con osteoartrosis en ambos compartimentos (medial y lateral).

Conclusiones:

Nivel de evidencia: Nivel IV, serie de casos terapéuticos. En pacientes que se sometieron a una reconstrucción de LCA asistida por artroscopia con injerto de tendón rotuliano que también tuvieron meniscectomía medial o lateral (o ambas), la artrosis de los compartimentos respectivos se desarrolló entre 10 y 15 años después de la reconstrucción. La meniscectomía también se asoció con resultados más pobres en las pruebas objetivas de la función de la rodilla, incluso con una articulación estable de la rodilla.

Ver texto completo: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074980630700429X>

ELSEVIER

Seguimiento a largo plazo de injertos de tendón rotuliano o injertos de tendón isquiotibiales en reconstrucciones endoscópicas de LCA.

Gifstad T, Sole A, Strand T, Uppheim G, Grøntvedt T, Drogset JO .

Propósito

Varios estudios comparan los resultados a corto y largo plazo de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA) utilizando injerto hueso-tendón-hueso (BPTB) o injerto de semitendinoso y gracilis de doble asa (DLSG). Sin embargo, ningún estudio evalúa los resultados a largo plazo de los injertos BPTB fijados con tornillos de interferencia de metal y los injertos DLSG fijados con el tornillo para mantillo óseo y la lavadora Loc. Este estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico tiene la hipótesis nula de que no hay diferencia en el resultado a largo plazo entre los dos procedimientos.

Métodos

Un total de 114 pacientes con una rotura sintomática del LCA fueron asignados al azar a la reconstrucción con un injerto BPTB (N = 58) o un injerto DLSG (N = 56). El seguimiento se realizó después de uno, dos y siete años. A los siete años de seguimiento, 102 de los 114 pacientes (89%) estaban disponibles para evaluación; sin embargo, 16 de estos solo por entrevista telefónica.

Resultados

Diez pacientes en el grupo BPTB y 19 pacientes en el grupo DLSG se sometieron a cirugía adicional de rodilla ($P = 0.048$), dos y tres, respectivamente, de estos fueron revisiones de LCA (ns). El trabajo de flexión total fue menor en el grupo DLSG ($P = 0.001$). Sin embargo, el par medio de flexión pico y el trabajo de extensión no mostraron diferencias entre los grupos.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos con respecto al puntaje de actividad de Tegner, el puntaje funcional de Lysholm, el puntaje de resultado de lesión de rodilla y osteoartritis (KOOS), función subjetiva de la rodilla, dolor de rodilla anterior o movilidad. No hubo diferencias significativas en la laxitud entre los grupos en la prueba de Lachman o la prueba de fuerza manual máxima KT-1,000.

Conclusiones

Tanto los injertos como los métodos de fijación dieron como resultado resultados subjetivos satisfactorios y estabilidad objetiva. Por lo tanto, ambos métodos pueden considerarse como alternativas adecuadas para las reconstrucciones de LCA.

Ver texto completo: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22407182>

ELSEVIER

No hay diferencia en la función de la rodilla o la prevalencia de la osteoartritis después de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior con autoinjerto de isquiotibiales de 4 hebras versus autoinjerto de tendón rotuliano: un estudio aleatorizado con 10 años de seguimiento.

Holm I, Oiestad BE, Risberg MA, Aune AK.

Métodos

Setenta y dos pacientes con ruptura subaguda o crónica del ligamento cruzado anterior fueron asignados aleatoriamente a la reconstrucción de autoinjerto con gracilis de 4 hebras y tendón semitendinoso (HAM) (N=37) o con tendón rotuliano (PTB) (N = 35) del lado ipsilateral. Las medidas de resultado fueron la puntuación de rodilla de Cincinnati, las pruebas de salto con una sola pierna, las pruebas de fuerza muscular isocinética, el dolor, la prueba de laxitud de la articulación de la rodilla (artrómetro KT-1000) y una evaluación radiológica (Kellgren y Lawrence) a los 10 años de seguimiento.

Resultados

A los 10 años, 57 pacientes (79%) eran elegibles para evaluación: 29 en el grupo HAM y 28 en el grupo PTB. No se encontraron diferencias entre los 2 grupos de injerto con respecto al puntaje de rodilla de Cincinnati, las pruebas de salto con una sola pierna, el dolor, las mediciones de fuerza muscular o la laxitud de la articulación de la rodilla. El cincuenta y cinco por ciento y el 64% de los pacientes tenían osteoartritis correspondiente a Kellgren y Lawrence grado 2 o más en los grupos HAM y PTB, respectivamente (P = .27). Para la rodilla no afectada, los números correspondientes fueron 28% y 22% (P = .62).

Conclusión

Diez pacientes en el grupo BPTB y 19 pacientes en el grupo DLSSG se sometieron a cirugía adicional de rodilla (P = 0.048), dos y tres, respectivamente, de estos fueron revisiones de LCA (ns). El trabajo de flexión total fue menor en el grupo DLSSG (P = 0.001). Sin embargo, el par medio de flexión pico y el trabajo de extensión no mostraron diferencias entre los grupos. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos con respecto al puntaje de actividad de Tegner, el puntaje funcional de Lysholm, el puntaje de resultado de lesión de rodilla y osteoartritis (KOOS), función subjetiva de la rodilla, dolor de rodilla anterior o movilidad. No hubo diferencias significativas en la laxitud entre los grupos en la prueba de Lachman o la prueba de fuerza manual máxima KT-1,000.

ELSEVIER

Resultados a quince años de la reconstrucción endoscópica del ligamento cruzado anterior con autoinjerto del tendón rotuliano para el desgarramiento del ligamento cruzado anterior “aislado”.

Hui C, Salmon LJ, Kok A, Maeno S, Linklater J, Pinczewski LA.

Fondo

Pocos estudios informan los resultados a largo plazo de la ruptura del ligamento cruzado anterior y la cirugía reconstructiva endoscópica de incisión única. Los resultados a menudo se ven nublados por lesiones meniscales,

condrales o ligamentosas concomitantes.

Propósito:

Para determinar los resultados a 15 años de las rupturas del ligamento cruzado anterior tratadas con reconstrucción endoscópica del ligamento cruzado anterior mediante autoinjerto del tendón rotuliano del tercio medio.

Diseño del estudio:

Series de casos; Nivel de evidencia, 4.

Métodos

Entre enero de 1993 y abril de 1994, 333 pacientes consecutivos se sometieron a la reconstrucción del ligamento cruzado anterior. Pacientes con lesión ligamentosa asociada que requiere cirugía, menissectomía previa o lesión meniscal que requiere más de un tercio de menissectomía; lesión condral diagnosticada en artroscopia; y una rodilla contralateral anormal fueron excluidos. Noventa pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados incluyeron rango de movimiento, pruebas de Lachman y cambio de pivote, pruebas de ligamentos instrumentados, prueba de salto con una sola pierna, Lysholm Knee Score, evaluación del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla y evaluación radiográfica.

Resultados

El treinta por ciento de los pacientes tenían más lesión del ligamento cruzado anterior. El veinticuatro por ciento de los pacientes (n = 22) sufrió rupturas del ligamento cruzado anterior contralateral, y el 8% (n = 7) rompió el injerto (P = .009). La ruptura del injerto se asoció con un ángulo de inclinación del injerto $<17^\circ$ (P = .02). La ruptura del ligamento cruzado anterior contralateral se asoció con la edad <18 años al momento de la lesión primaria (p = 0,001). Todos los pacientes tenían pruebas Lachman e instrumentales normales o casi normales (evaluación del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla), y el 91% tuvo un resultado negativo de cambio de pivote. El setenta por ciento de los pacientes tenía dolor de rodillas. La mediana de la evaluación subjetiva del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla fue 91 de 100. El 51% de los pacientes tenían evidencia radiográfica de osteoartritis (41% grado B; 10% grado C).

Conclusión

Se mantienen buenos resultados a los 15 años después de la cirugía con respecto a la estabilidad ligamentosa, los resultados subjetivos y el rango de movimiento. El dolor de rodillas sigue siendo un problema importante. Sigue existiendo preocupación con respecto a la incidencia de más lesiones del ligamento cruzado anterior y el creciente número de pacientes con signos radiográficos y clínicos de osteoartritis a pesar de la estabilización quirúrgica.

ELSEVIER

Diez años de seguimiento después de una incisión simple reconstrucción del ligamento cruzado anterior utilizando autoinjerto de tendón rotuliano.

Jäger A, Welsch F, Braune C, Eberhardt C, Kappler C.

Objetivo

Evaluamos a 74 pacientes 10 años después de la reconstrucción asistida artroscópicamente del LCA utilizando el tercio central del tendón rotuliano como autoinjerto.

Método

Las puntuaciones IKDC, Tegner y Lysholm se utilizaron para la evaluación clínica. La estabilidad del ligamento se probó usando el instrumento Rolimeter. Para las estadísticas utilizamos la prueba de Chi cuadrado.

Resultado

En el seguimiento, el nivel de actividad de Tegner fue de 5.2, el puntaje de Lysholm fue de 93.6 puntos. La evaluación subjetiva de la función se calificó como normal o casi normal en 83.7%, para estabilidad en 71.6%. La diferencia de lado a lado medida con el Rolimeter fue normal en 87.8% y casi normal en 12.2%. Se demostró que el cambio de pivote es negativo en 94.6%. El 29,7% de los pacientes mostraron cambios degenerativos en las radiografías en el seguimiento. Hubo una correlación significativa entre el intervalo de tiempo desde la lesión hasta la cirugía y el grado de los cambios degenerativos. La artrosis se correlaciona significativamente con la tasa de lesión de menisco. El tratamiento quirúrgico agudo aumenta significativamente la tasa de artrofibrosis.

Conclusión

Para evitar la osteoartritis, recomendamos una reconstrucción precoz (subaguda) del LCA y una nueva fijación del menisco en el caso de una lesión por menisco.

ELSEVIER

¿La reconstrucción del ligamento cruzado anterior conduce a una enfermedad degenerativa?: Resultados de trece años después del autoinjerto de hueso tendón rotuliano.

James RD Murray, MB BChir, MA, FRCS (Tr y Orth), Amy M. Lindh, BSc (Hons), MSc, Niall A. Hogan, MB BCh, MSc, FRCSI (Tr y Orth), ...

Antecedentes

El informe del resultado a largo plazo de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA) con el autoinjerto del tendón rotuliano (hueso-tendón rotuliano-hueso [BTB]) es limitado. Existe la preocupación de que la enfermedad degenerativa de las articulaciones sea común a largo plazo, lo que puede estar asociado con el procedimiento en sí.

Hipótesis

(1) la reconstrucción del LCA con BTB proporciona un buen resultado a largo plazo. (2) Hay factores adicionales a la reconstrucción quirúrgica que pueden estar asociados con el desarrollo de enfermedad degenerativa.

Diseño del estudio

Serie de casos; Nivel de evidencia, 4.

Métodos

De 161 pacientes, 114 fueron elegibles. El resultado centrado en el paciente fue por Lysholm y el puntaje subjetivo del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla (IKDC); Las medidas de resultado objetivas fueron el examen clínico y el grado radiológico del IKDC.

Resultados

La media de seguimiento promedio fue de 13 años. Los grados radiológicos del IKDC en el peor compartimento fueron A = 15%, B = 51%, C = 19% y D = 14% (n = 83). Hubo una diferencia significativa entre la rodilla lesionada versus la lesión contralateral no lesionada (n = 42, P = .003). En un subgrupo sin lesión meniscal o condral, los grados de IKDC fueron A = 38%, B = 55%, C = 7% y D = 0% (n = 29).

Las puntuaciones subjetivas medias fueron 89 ± 11 (Lysholm) y 83 ± 15 (IKDC) (n = 114). El resultado subjetivo pobre de IKDC se asoció con lesión condral (P = .001), cirugía previa (P = .022), retorno al deporte (P = .013) y bajo grado radiológico en el compartimento medial ipsilateral (P = .004). Un grado radiológico IKDC deficiente se asoció con lesión condral (P = .002), lesión meniscal (P = .010) y menisectomía (P = .012), una puntuación subjetiva de IKDC de <85 (P

= .01) y mala grado radiológico en el compartimento medial contralateral (P = .041).

Conclusión

A los 13 años, la reconstrucción de BTL ACL proporciona un buen resultado. El daño condral y meniscal en la cirugía se asoció con un mal resultado radiológico, lo que indica que las lesiones sufridas durante la ruptura del LCA pueden ser los principales predictores de enfermedad ósea degenerativa.

Efectos del estado de la superficie meniscal y articular sobre la estabilidad, la función y los síntomas de la rodilla después de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior: un estudio prospectivo a largo plazo.

Wu WH 1 , Hackett T , Richmond JC .

Fondo

Las lesiones concomitantes a las estructuras secundarias se han propuesto como una de las principales causas de falla en la reconstrucción del ligamento cruzado anterior.

Propósito

Nuestro propósito fue determinar la relación entre el estado meniscal en el momento de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior y la función y estabilidad a largo plazo.

Diseño del estudio

Estudio de cohorte prospectivo.

Métodos

Estudiamos prospectivamente a 63 pacientes durante un promedio de 10.4 años después de la reconstrucción artroscópica asistida hueso-rótula tendón-hueso cruzada anterior. Todas las cirugías se realizaron entre 1988 y 1991; La cirugía meniscal concomitante se realizó si es necesario. Los sujetos se dividieron en subgrupos en relación con la integridad de sus meniscos al final del procedimiento de reconstrucción (menisco intacto, meniscectomía parcial, meniscectomía completa).

Resultados

Los pacientes que se habían sometido a algún grado de resección meniscal informaron quejas significativamente más subjetivas y limitaciones de actividad que aquellos con meniscos intactos. Las puntuaciones subjetivas del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla y de Lysholm fueron más bajas en los subgrupos de meniscectomía que en el grupo con menisco intacto. Las pruebas objetivas revelaron una capacidad significativamente menor para realizar el salto con una sola pierna en los subgrupos de meniscectomía.

La estabilidad del ligamento basada en mediciones de laxitud instrumentadas no fue significativamente diferente entre los subgrupos. Las anomalías radiográficas también fueron más comunes en los subgrupos que se habían sometido a meniscectomía.

Conclusiones

Los meniscos deben repararse si es posible, especialmente en el contexto de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior, para un resultado funcional óptimo y la satisfacción del paciente.

Comentario editorial: ¿Una visión más amplia durante la reconstrucción del ligamento cruzado anterior? El caso para hacer más que simplemente reconstruir el ligamento cruzado anterior en sí.

Andrew A. Amis, F.R.Eng., D.Sc.(Eng), Ph.D.

Abstract

La reconstrucción del ligamento cruzado anterior puede dejar una inestabilidad residual. Si se identifica otra patología, el cirujano debe considerar hacer más que la reconstrucción aislada del ligamento cruzado anterior para tratar las lesiones periféricas de los meniscos, los ligamentos y la cápsula en casos seleccionados.

■ Ver texto completo: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(19\)30098-2/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(19)30098-2/fulltext)

2.6 La reconstrucción del LCA no se debe posponer. Aumento del riesgo de osteoartritis en la rodilla.

Comentario editorial: variaciones de los sistemas nacionales de salud: el tiempo transcurrido desde la lesión hasta la cirugía puede afectar los resultados del tratamiento del ligamento cruzado anterior-ligamento colateral medial.

AMark G. Siegel, M.D. (Associate Editor)

Abstract

Una investigación reciente que utilizó la gran base de datos del Registro Nacional de Rodillas de Suecia mostró que "El riesgo de revisión de ACL no difirió entre los autoinjertos de HT y PT en pacientes sometidos a reconstrucción de ACL con una lesión de MCL no tratada quirúrgicamente. Sin embargo, el uso de ST-G se asoció con una peor función de la rodilla informada por el paciente durante dos años en comparación con el ST ". Sin embargo, el sistema de salud sueco es tan único que los resultados pueden no ser universalmente aplicables. Suecia brinda atención médica universal, lo cual es loable, pero hubo un retraso promedio de 314 días entre la lesión y la intervención quirúrgica. Esto sugiere que la lesión del ligamento colateral medial (MCL) ya se había vuelto crónica y que la cirugía del ligamento cruzado anterior no era efectiva ni estaba dirigida hacia la patología aguda de MCL. El tiempo y el algoritmo de tratamiento de MCL es diferente de las recomendaciones publicadas. **La demora puede tener consecuencias negativas.**

■ Ver texto completo: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(19\)30873-4/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(19)30873-4/fulltext)

Ligamento cruzado anterior: un análisis basado en 2 ensayos controlados aleatorios.

Eric Hamrin Senorski, P.T., M.Sc., Ph.D., David Sundemo, M.D., M.Sc., Eleonor Svantesson, M.D., M.Sc., Ninni Sernert, P.T., Ph.D., Jüri-Toomas Kartus, M.D., Ph.D., Jón Karlsson, M.D., Ph.D., Kristian Samuelsson, M.D., Ph.D.

Propósito

Determinar los predictores preoperatorios de la función de rodilla aceptable a largo plazo y el desarrollo de osteoartritis (OA) en el seguimiento a largo plazo después de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA).v

Métodos

Este estudio es un seguimiento a largo plazo de 2 ensayos controlados aleatorios previos que incluyeron a 193 pacientes que se sometieron a una reconstrucción unilateral de LCA con tendones isquiotibiales ipsilaterales o autoinjertos de tendón rotuliano. Se excluyeron los pacientes que sufrieron lesiones multiligamentos, lesiones meniscales mayores, lesiones condrales que requirieron tratamiento quirúrgico o tuvieron una reconstrucción previa del LCA. La demografía del paciente, las evaluaciones clínicas preoperatorias y los hallazgos intraoperatorios se utilizaron para crear modelos de regresión multivariable por etapas para determinar el estado de síntomas aceptable para el paciente (PASS) en el Comité Internacional de Documentación de la Rodilla y el desarrollo de OA definido como un grado de Kellgren-Lawrence ≥ 2 . Las mediciones de la laxitud de la rodilla, el rendimiento del salto, el resultado informado por el paciente y las lesiones concomitantes se determinaron como variables.

Resultados

Un total de 147 pacientes (63.7% hombres) fueron elegibles para la inclusión, con un seguimiento medio de 16.4 ± 1.3 años. Los pacientes tenían una edad promedio de 27.9 ± 8.3 años en el momento de la reconstrucción del LCA. La mitad de la cohorte informó un puntaje del sistema de evaluación del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla por encima del límite PASS. La presencia de una lesión concomitante en la operación (odds ratio [OR], 2.61; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1.10-6.21; $P = .030$) y mayor laxitud anteroposterior preoperatoria (OR, 1.87; IC del 95%, 1.05- 3.35; $P = .034$) aumentó la probabilidad de lograr un PASS. Un período más largo entre la lesión del LCA y la reconstrucción (OR, 2.25; IC del 95%, 1.02-5.00; $P = .046$) y una edad más avanzada en la reconstrucción (OR, 2.28; IC del 95%, 1.34-3.86; $P = .0023$) aumentó las probabilidades de desarrollar OA en el seguimiento.

Nivel de evidencia

Nivel II; Estudio comparativo prospectivo.

Conclusiones

Los pacientes que eran mayores en el momento de la reconstrucción del LCA y habían esperado > 1 año entre la lesión y la reconstrucción corrieron un mayor riesgo de tener OA 16 años después de la reconstrucción. Uno de cada 2 pacientes informó una función aceptable de la rodilla a largo plazo, pero no se identificó ningún factor de riesgo para una función subjetiva de la rodilla más pobre. Los pacientes que tuvieron una lesión concomitante menor y una mayor laxitud de la rodilla anteroposterior preoperatoria tuvieron mayores probabilidades de informar una función aceptable de la rodilla a largo plazo.

■ Ver texto completo: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(18\)30577-2/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(18)30577-2/fulltext)

Comentario editorial: ¿Cincuenta son los nuevos 30? ¿Los pacientes de 50 años merecen una reconstrucción del ligamento cruzado anterior?

Erik Hohmann, M.B.B.S., F.R.C.S., F.R.C.S. (Tr&Orth), M.D., Ph.D., Associate Editor

Resumen

La evidencia sugiere que la reconstrucción del ligamento cruzado anterior en pacientes mayores de 50 años tiene resultados similares en comparación con pacientes más jóvenes. Sin embargo, los resultados más pobres están asociados con cambios condrales intraarticulares degenerativos avanzados. La advertencia aquí es que estas conclusiones se basan principalmente en series de casos retrospectivos de nivel IV. La pregunta es si los pacientes funcionalmente inestables de 50 años o más, activos o no, se benefician de la reconstrucción quirúrgica y la respuesta es claramente sí. Proporciona la restauración de la función y debe considerarse en pacientes mayores activos con inestabilidad subjetiva que no han respondido al tratamiento no quirúrgico.

■ Ver texto completo: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(19\)30966-1/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(19)30966-1/fulltext)

3 CRITERIO DEL SERVICIO: Lesiones del LCA con avulsión de las espinas tibiales.

La re inserción de las espinas tibiales tiene un excelente resultado en las reparaciones del LCA.

Arthroscopy The Journal of Arthroscopic and Related Surgery

AANA | ARTHROSCOPY ASSOCIATION OF NORTH AMERICA

Resultados a medio plazo de la reducción artroscópica y la fijación interna del ligamento cruzado anterior Fracturas de avulsión eminente tibial con fijación de cable K

Murilo Leie, M.B.B.S., S.B.O.T., Emma Heath, M.Pthy., B.App.Sci., Sarah Shumborski, B.Sc., M.B.B.S., (Hon.), Lucy Salmon, B.App.S.Ci. (Physio.), Ph.D., Justin Roe, M.B.B.S., F.R.A.C.S., Leo Pinczewski, M.B.B.S., F.R.A.C.S.

Propósito

Determinar los resultados clínicos y radiológicos de pacientes que se sometieron a reducción artroscópica y fijación interna de una fractura por avulsión de eminencia tibial con alambres de Kirshner (alambres K) a una media de 8 años después de la cirugía.

Métodos

Este fue un estudio retrospectivo con datos recolectados prospectivamente. Los criterios de inclusión consistieron en pacientes que se sometieron a reducción artroscópica y fijación interna de fractura de eminencia tibial con alambres K entre 1989 y 2015 con un seguimiento mínimo de 18 meses. La evaluación incluyó la evaluación del ligamento del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla, la puntuación de la rodilla de Lysholm y los resultados clínicos. La resonancia magnética (MRI) se realizó para evaluar el ligamento cruzado anterior (LCA) y la evidencia de osteoartritis.

Resultados

Un total de 48 participantes cumplieron los criterios de inclusión, y 32 fueron revisados a una media de 8 años (rango, 18-260 meses) después de la cirugía. La edad media al momento de la cirugía fue de 24.5 años (10-55 años). La lesión posterior de LCA ocurrió en 5 participantes (10.4%) en la rodilla índice y en 1 participante también en la rodilla contralateral; El 86% tuvo un examen normal, y ningún paciente tuvo una diferencia de lado a lado > 5 mm en las pruebas instrumentadas. La puntuación subjetiva media del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla a los 8 años fue de 86 (rango, 40-100). En la evaluación de la resonancia magnética para los cambios osteoartroticos en el seguimiento final, el 82% de los participantes no tenía evidencia de desgaste condral en el compartimento medial y el 73% no tenía cambios en el compartimento lateral de acuerdo con la clasificación de resonancia magnética de la osteoartritis de imagen. En la evaluación cualitativa por resonancia magnética de LCA y eminencia tibial, se encontró que 7 participantes (32%) tenían una señal alta en el sitio de fractura. La altura media de la eminencia tibial medial fue de 9.2 mm (rango, 6.3 mm a 1.31 cm) y la altura de la eminencia tibial lateral fue un promedio de 6.7 mm (rango, 0.38-0.97 mm). 8 participantes informaron dolor significativo de rodillas (25%).

Nivel de evidencia

Nivel IV, serie de casos terapéuticos.

Conclusiones

Este estudio indica que la fijación interna con alambres K es un enfoque aceptable para reducir las fracturas por avulsión de la eminencia tibial, proporcionando excelentes resultados clínicos y radiológicos con un mínimo de 18 meses de seguimiento.

■ Ver texto completo: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(18\)31152-6/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(18)31152-6/fulltext)

Comentario editorial: fracturas por avulsión de la eminencia tibial del ligamento cruzado anterior: ¿están tratando de decirnos algo?

Brian B. Gilmer, M.D. (Editorial Board)

Abstract

La reducción artroscópica y la fijación de las fracturas por avulsión de la eminencia tibial tiene excelentes resultados clínicos y restaura adecuadamente la función del ligamento cruzado anterior con una baja tasa de complicaciones. Los resultados clínicos se conservan en un promedio de 8 años, y la incidencia de osteoartritis es baja en el seguimiento a medio plazo. Estas lesiones pueden representar el mejor de los casos de lesión del ligamento cruzado anterior porque representan lesiones de menor energía sin patologías meniscales o condrales asociadas significativas. Estos hallazgos pueden darnos pistas adicionales sobre qué pacientes son los mejores candidatos para la reparación primaria del ligamento cruzado anterior en el contexto de avulsiones del lado femoral.

■ Ver texto completo: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(19\)30137-9/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(19)30137-9/fulltext)

4 CRITERIO DEL SERVICIO: Indicación de la reconstrucción del ligamento anterolateral en la cirugía de LCA.

4.1 El ligamento anterolateral es un refuerzo capsular situado en la esquina anteroexterna de la rodilla.

El complejo anterolateral y el ligamento anterolateral de la rodilla.

The Anterolateral Complex and Anterolateral Ligament of the Knee.

Volker Musahl, MD

Resumen

No existe consenso sobre la mejor estrategia de tratamiento para las lesiones anterolaterales de rodilla. Se necesitan estudios adicionales para determinar cuál de estas lesiones cura y qué características de la lesión pueden afectar la rodilla rotatoria. Sin embargo, informaron osteoartritis moderada o grave en el 71% de los pacientes a una media de 24 años después de la reconstrucción LET y ACL, en comparación con el 16% de los pacientes que se sometieron a la reconstrucción aislada de ACL.

Al menos un estudio ha demostrado que agregar LET a la reconstrucción del LCA puede reducir la incidencia de cambio de pivote positivo después de la operación.³² Sin embargo, un estudio separado informó un cambio de pivote persistente en 8.4% de los pacientes.

El complejo anterolateral de la rodilla consiste en el ITB con sus componentes profundos, como la capa capsulo-ósea y las fibras de Kaplan, y la cápsula anterolateral, incluido el ligamento capsular del tercio medio. Aunque este ligamento se describió recientemente como ALL, el ligamento capsular del tercio medio y la capa capsulo-ósea han sido bien documentados en la literatura ortopédica.

Resolviendo el misterio del Ligamento Anterolateral

Solving the Mystery of the Antero Lateral Ligament

Conclusión

Se encontró que el ALL era un soporte distinto estructura anatómica en el aspecto anterolateral del ser humano rodilla. Hay una alta incidencia de lesiones ALL en lesiones de LCA que causa cambio de pivote de alto grado. La reconstrucción de TODO junto con el de ACL podría conducir a una disminución en la nueva lesión tarifas. Las descripciones anatómicas y la morfometría de ALL puede ser de gran valor para los cirujanos ortopédicos en la realización. Una cirugía reconstructiva más eficaz de LCA.

El complejo anterolateral y el ligamento anterolateral de la rodilla.

The Anterolateral Complex and Anterolateral Ligament of the Knee.

Resumen

Las estructuras anterolaterales de la rodilla han cosechado recientemente considerable interés con respecto a su papel en la inestabilidad rotatoria de la rodilla relacionado con desgarros del ligamento cruzado anterior. Cruzado anterior aislado la reconstrucción del ligamento no siempre puede restaurar la estabilidad rotatoria de la rodilla. En estos pacientes, procedimientos adicionales, como lateral reconstrucción o tenodesis, puede estar indicada. La anatomía de la estructura anterolaterales de la rodilla ha sido bien descrita.

Los estudios histológicos y anatómicos han reportado hallazgos contradictorios con respecto a la presencia de un

ligamento discreto. El papel biomecánico de la cápsula anterolateral en la restricción de la rotación tibial interna ha sido descrito como insignificante. El cuerpo de investigación existente sobre las estructuras anterolaterales de la rodilla proporciona información sobre la composición del complejo anterolateral de la rodilla.

4.2 La reconstrucción del complejo anterolateral tiene como finalidad controlar la rotación interna forzada de la rodilla.

COMENTARIO DEL DR. RIPOLL

Cuando a la lesión del ligamento cruzado anterior se une la del complejo anterolateral puede perderse el control de la rotación interna de la rodilla, produciéndose una subluxación anterior de la misma, especialmente, cuando realizamos giros en relación con el frenado de la carrera.

Cuando este hecho es evidente clínicamente, la sola reconstrucción del LCA puede no resolver por completo el problema de estabilizar la rodilla, entonces, añadiríamos la reconstrucción del ligamento anterolateral.

Lesión del ligamento cruzado anterior y el complejo anterolateral de la rodilla: importancia en la inestabilidad rotatoria de la rodilla.

Anterior Cruciate Ligament Injury and the Anterolateral Complex of the Knee—Importance in Rotatory Knee Instability.

Elan J Golan¹ & Robert Tisherman^{1,2} & Kevin Byrne¹ & Theresa Diermeier^{1,3} & Ravi Vaswani¹ & Volker Musahl

Resumen

El aumento del ALC, con LET, se ha realizado a nivel mundial durante más de 30 años. Este procedimiento puede disminuir la rotación e inestabilidad de la rodilla, pero los estudios a largo plazo han encontrado poca diferencia en los resultados informados por los pacientes, la osteoartritis o la reconstrucción del LCA falla con la adición de LET. Se necesita más investigación para aclarar las indicaciones para el uso clínico de pro basado en ALC.

Comentario editorial: TODOS de acuerdo: los resultados de reconstrucción del ligamento cruzado anterior deben mejorarse y los procedimientos extraarticulares tienen un papel esencial.

Let's ALL Agree—Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Outcomes Need to Be Improved and Extra-Articular Procedures Have an Essential Role

Bertrand Sonnerly-Cottet, M.D. Adnan Saithna, M.D. (Editorial Board)

Estamos unidos como una comunidad ortopédica en el intento de mejorar los resultados de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA). Las tasas de ruptura del injerto del 10% al 28% se informan en poblaciones de alto riesgo, la reoperación por indicaciones no relacionadas con la ruptura del injerto se informa en el 18% al 26%, y solo del 50% al 65% de los atletas recreativos vuelven a su nivel previo a la lesión. de deportes. Numerosos grupos en todo el mundo han publicado estudios que proporcionan evidencia que demuestra la eficacia clínica significativa de la tenodesis extraarticular lateral para mejorar los resultados de la cirugía de LCA. Finalmente, las reducciones en las tasas de ruptura del injerto de LCA aumentadas con ligamento anterolateral o una reconstrucción modificada de Lemaire parecen ser ampliamente comparables. En nuestras manos, el ligamento anterolateral puede provocar menos eventos adversos.

■ Enlace al texto original: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(20\)30279-6/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(20)30279-6/fulltext)

La reconstrucción del ligamento anterolateral unido a la reconstrucción del ligamento cruzado anterior mejora la estabilidad de la rodilla.

Anterolateral ligament reconstruction improves knee stability alongside anterior cruciate ligament.

4.3 No en todas las reconstrucciones del LCA es necesario añadir el gesto de reconstrucción del ligamento anterolateral.

COMENTARIO DEL DR. RIPOLL

Cuando no existe un déficit claro del control de la rotación interna de la rodilla, no estando presente en la exploración clínica la maniobra del pivot shift positivo, especialmente en aquellas rodillas donde se ha practicado una plastia HTH con tendón rotuliano suficientemente inclinada. No es necesaria la reconstrucción del ligamento anterolateral.

No hay diferencia en los resultados funcionales cuando se agrega tenodesis extraarticular lateral a la reconstrucción del ligamento cruzado anterior en pacientes jóvenes activos: el estudio de estabilidad.

No difference in functional outcomes when lateral extra-articular tenodesis is added to anterior cruciate ligament reconstruction in young active patients: the stability study.

Alan Getgood, MD

Propósito

Evaluar los resultados funcionales de los pacientes incluidos en el estudio de estabilidad ensayo controlado aleatorio que compara la reconstrucción del ligamento cruzado anterior (ACLR) sola con ACLR con tenodesis extraarticular lateral (LET) a los 6, 12 y 24 meses después de la operación.

Métodos

Seiscientos dieciocho pacientes sometidos a ACLR, todos menores de 25 años que volvieron a practicar deportes de contacto o mostraban signos de laxitud rotatoria de alto grado o laxitud ligamentosa generalizada, fueron asignados aleatoriamente para recibir ACLR solo o ACLR más LET. Un total de 356 de estos pacientes fueron asignados al azar en los centros que participan en las evaluaciones funcionales. Nuestro resultado primario fue el índice de simetría de extremidades, calculado utilizando una serie de pruebas de 4 saltos a los 6, 12 y 24 meses después de la operación. Las medidas de resultado secundarias incluyeron dolor, función informada por el paciente y pruebas de fuerza isocinética.

Resultados

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de pacientes que no estaban dispuestos o no estaban dispuestos a completar la prueba de salto en ACLR solo o ACLR con grupo LET a los 6 meses (40 frente a 40 respectivamente; $P = 1,00$), 12 meses (25 frente a 27; $P = .76$) y 24 meses (21 vs 23; $P = .87$). De los que completaron la prueba de salto, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el índice de simetría de de extremidades a los 6, 12 o 24 meses. La función autoinformada (puntaje funcional de la extremidad inferior) favoreció significativamente al grupo de ACLR solo a los 3 ($P = .01$) y 6 meses ($P = .02$) postoperatorio pero fue similar a los 12 meses postoperatorio. Las puntuaciones de dolor (P4) también mostraron una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo de ACL solo, pero esto también se resolvió a los 6 meses. El par máximo del cuádriceps ($P = .03$) y la potencia promedio ($P = .01$) también fueron significativamente diferentes a favor del grupo de ACLR solo a los 6 meses después de la operación; sin embargo, estos fueron similares entre los grupos a los 12 meses después de la operación ($P = .11$ y $P = .32$, respectivamente).

Conclusiones

La adición de un LET a ACLR produce un aumento leve del dolor, una reducción leve en la fuerza del cuádriceps y una recuperación funcional subjetiva reducida hasta 6 meses después de la operación. Sin embargo, estas diferencias no tienen ningún impacto en la función objetivo medida por el índice de simetría de la extrema prueba de salto.

■ Enlace al texto original: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(20\)30156-0/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(20)30156-0/fulltext)

4.4 La reconstrucción del ligamento anterolateral la realizamos en la actualidad por una técnica mínimamente invasiva que no añade prácticamente dificultad alguna a la rehabilitación de una reconstrucción aislada del LCA.

Reconstrucción mínimamente invasiva del ligamento anterolateral.

Minimally Invasive Anterolateral Ligament Reconstruction of the Knee.

Patrick A. Smith, M.D., and Jordan A. Bley, B.A.

Abstract

Anterior cruciate ligament (ACL) tears are among the most common knee injuries, and multiple reconstructive techniques have been described. However, studies frequently report an inability to duplicate native, dynamic knee function, particularly rotationally. This residual joint laxity that occasionally follows an ACL reconstruction can cause further problems post surgical intervention, including meniscal tears and especially late osteoarthritic change. Additionally, ACL graft retears are a concern, particularly in young patients. Although these undesired sequelae of ACL reconstruction could be a by-product of insufficient ACL reconstruction methods related to either graft placement or problems with graft healing and biology, it is also possible that failure to additionally address lateral extra-articular structures after ACL injury could play a role in the residual knee laxity of the affected knee. The purpose of this article is to show a minimally invasive technique for extra-articular anterolateral ligament reconstruction.

Arthroscopy The Journal of Arthroscopic
and Related Surgery

AANA | ARTHROSCOPY ASSOCIATION
OF NORTH AMERICA

Evaluación de las lesiones del complejo anterolateral mediante imágenes de resonancia magnética en pacientes con ruptura aguda del ligamento cruzado anterior

Pieter Van Dyck, M.D., Ph.D., Eline De Smet, M.D., Ella Roelant, M.Sc., Ph.D., Paul M. Parizel, M.D., Ph.D., Christiaan H.W. Heusdens, M.D.

Propósito

Evaluar las lesiones del complejo anterolateral (ALC) en pacientes con ruptura aguda del ligamento cruzado anterior (LCA) en la resonancia magnética (MRI).

Métodos

Se incluyeron pacientes con rotura aguda de LCA que se sometieron a cirugía de LCA entre 2015 y 2017 y se sometieron a resonancia magnética dentro de las 6 semanas posteriores al trauma inicial. Dos radiólogos evaluaron las imágenes de resonancia magnética retrospectivamente para el estado del ALC, incluida la banda ilirotibial (ITB), las fibras de Kaplan y el ligamento anterolateral (ALL), de la siguiente manera: grado 0, normal; grado 1, edema periligamentoso; grado 2,

rotura parcial; y grado 3, rotura completa. Los hallazgos se analizaron utilizando la prueba de Friedman y los valores de k ponderados.

Resultados

Se revisaron sesenta y nueve resonancias magnéticas. De los 69 pacientes, el 51% tenía lesiones asociadas al ITB (grado 1, $n = 31$; grado 2, $n = 4$), el 33% tenía lesiones asociadas a las fibras de Kaplan (grado 1, $n = 21$; grado 2, $n = 2$), y el 57% tenía lesiones asociadas a la ALL (grado 1, $n = 12$; grado 2, $n = 22$; grado 3, $n = 5$). Encontramos una diferencia significativa en la frecuencia y la clasificación entre ITB, fibra de Kaplan y TODAS las lesiones ($P \leq .032$). El acuerdo entre lectores para evaluar el ALC en la RM fue casi perfecto ($\kappa \geq 0.922$).

Conclusiones

Sobre la base del análisis de resonancia magnética, se encontraron TODAS las lesiones con diversos grados de severidad e intensidad con lesiones notables a las fibras circundantes asociadas en pacientes con ruptura aguda del LCA.

■ Ver texto completo: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(18\)30723-0/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(18)30723-0/fulltext)



Comentario editorial: el ligamento anterolateral realmente existe, ahora muéstrame cómo encontrarlo

David A. Pula, M.D. (Editorial Board)

Resumen

El complejo lateral anterior se asocia comúnmente con la lesión del ligamento cruzado anterior (LCA). Esto ha sido evidente desde la descripción de la fractura de Segond y por el uso de tenodesis extraarticular lateral para la lesión del LCA. Aunque la tenodesis extraarticular lateral se ha abandonado principalmente debido a la preferencia por las reconstrucciones anatómicas del LCA, está ganando interés como complemento de la reconstrucción del LCA. Para determinar la necesidad de un procedimiento anterolateral, debemos poder identificar a aquellos pacientes con deficiencia en el complejo anterolateral. La resonancia magnética es una herramienta ampliamente disponible y generalmente se obtiene para cada sospecha de lesión de rodilla con LCA. Las descripciones detalladas adicionales del complejo lateral anterior en la resonancia magnética pueden ayudar a determinar indicaciones precisas para procedimientos anterolaterales.

5 CRITERIO DEL SERVICIO: ¿Por qué hacemos el túnel a través del portal anteromedial?

Arthroscopy The Journal of Arthroscopic
and Related Surgery

AANA | ARTHROSCOPY ASSOCIATION
OF NORTH AMERICA

La perforación del portal anteromedial produjo una mejor supervivencia de las reconstrucciones del ligamento cruzado anterior al comparar cirugías recientes versus tempranas con esta técnica

Niclas Højgaard Eysturoy, M.D., Torsten G. Nielsen, B.S.C., P.T., Martin C. Lind, M.D., Ph.D.

Propósito

Para comparar las técnicas de perforación femoral anteromedial (AM) y transtibial (TT) en la reconstrucción primaria del ligamento cruzado anterior, utilizando el Registro danés de reconstrucción del ligamento de la rodilla, comparando las tasas de revisión y los resultados clínicos de 2 períodos, 2007 a 2010 y 2012 a 2015.

Métodos

Se registraron un total de 8.386 reconstrucciones primarias del ligamento cruzado anterior entre enero de 2007 y diciembre de 2010 y 8.818 en el período de enero de 2012 a diciembre de 2015. La revisión ACL fue el criterio de valoración principal. Los puntos finales secundarios fueron los resultados clínicos objetivos y subjetivos. Se calcularon los riesgos relativos brutos y ajustados (RR) con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados

El RR ajustado para la cirugía de revisión en el grupo AM (2007-10) en comparación con el grupo TT (2007-10) fue 1,45 (IC del 95%, 1,17-1,78; $P < 0,05$), pero al comparar la AM (2012-15) grupo con TT (2012-15) grupo, el RR fue de 0,99 (IC 95%, 0,68-1,45; $P = 0,96$). La prueba de estabilidad objetiva postoperatoria de un año mostró un RR = 1,38 (IC 95%, 1,19-1,60; $P < .01$) para estabilidad rotacional y un RR = 1,37 (IC 95%, 0,99-1,89; $P < .01$) para sagital estabilidad al comparar AM (2007-10) con TT (2007-10). No se encontraron diferencias significativas en la estabilidad objetiva en el período más reciente. Por último, al comparar las puntuaciones subjetivas, la AM (2012-15) tuvo una puntuación Tegner significativamente más alta 1 año después de la operación en comparación con el grupo TT (2012-15).

Nivel de evidencia

Nivel III, ensayo comparativo retrospectivo.

Conclusiones

Este estudio encontró un aumento del RR de la revisión del ligamento cruzado anterior y la inestabilidad rotacional y sagital 1 año después de la operación para la técnica de AM en el período de 2007 a 2010. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la cirugía de revisión y las medidas objetivas entre las técnicas de 2012 a 2015. Sin embargo, se encontró un mayor nivel de actividad en el grupo AM. Los resultados podrían indicar que los resultados encontrados en el período 2007 a 2010 pueden haber sido causados por una curva de aprendizaje al introducir un procedimiento nuevo y más complejo (AM).

■ Ver texto completo: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(18\)30721-7/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(18)30721-7/fulltext)

La laxitud de la rodilla se controla mejor con portal perforado por vía anteromedial.

Magnetic resonance imaging evaluation of knee kinematics after anterior cruciate ligament reconstruction with anteromedial and transtibial femoral tunnel drilling techniques.

William W. Schairer, B.A., Bryan D. Haughom, B.S., Lee Jae Morse, M.D., Xiaojuan Li, Ph.D. y C. Benjamin Ma, M.D.

Escariado de Portal Transtibial Frente al de Portal Anteromedial en la Reconstrucción del Ligamento Cruzado Anterior: Evaluación Anatómica y Biomecánica de la Técnica Quirúrgica.

Transtibial versus anteromedial portal reaming in anterior cruciate ligament reconstruction: an anatomic and biomechanical evaluation of surgical technique.

Asheesh Bedi, M.D., Volker Musahl, M.D., Volker Steuber, M.D., Daniel Kendoff, M.D., Dan Choi, B.S.E., Answorth A. Allen, M.D., Andrew D. Pearle, M.D., and David W. Altchek, ...

6 CRITERIO DEL SERVICIO: ¿Por qué utilizamos, cuando está indicado, aloinjertos ligamentosos para la sustitución del ligamento?

Las plastias procedentes del propio enfermo (autólogas) y las procedentes de un donante (heterólogas) tienen resultados idénticos.

Klimkiewicz, John J.; Samsell, Brian J.; Riff, Andrew; DeBerardino, Thomas M.; Moore, Mark A.

ACL Two-Stage Revision Surgery: Practical Guide

João Espregueira-Mendes, Hélder Pereira, Alberto Monteiro, Joaquim Miguel Oliveira, Rui Luís Reis, Pedro Luís Ripoll and Neil Thomas.

7 CRITERIO DEL SERVICIO: ¿Influye la edad en el éxito de la reconstrucción?

Los resultados clínicos y la tasa de fracaso de la reconstrucción de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior fueron comparables entre pacientes menores de 40 años y pacientes mayores de 40 años: un estudio de seguimiento mínimo de 2 años

Propósito

Comparar los resultados clínicos y las tasas de fracaso de la revisión de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior (ACLR) entre pacientes quirúrgicos jóvenes y de mediana edad.

Métodos

Los pacientes que se sometieron a revisión de ACLR entre enero de 2008 y junio de 2017 con un seguimiento mínimo de 2 años fueron evaluados retrospectivamente. Los pacientes se dividieron en 2 grupos según la edad: LI.C) años (grupo A) y <40 años (grupo B). Se revisaron los datos demográficos detallados de los pacientes, los datos radiográficos preoperatorios y las lesiones meniscales y condrales concurrentes. Las puntuaciones clínicas, los resultados de las pruebas de laxitud y los fallos del injerto se compararon entre los grupos en el seguimiento final.

Resultados

En este estudio se incluyeron 86 pacientes (grupo A, n = 24, 46,6 ± 4,5 años; grupo B, n = 62, 26,2 ± 6,3 años). Los datos demográficos mostraron que el intervalo de tiempo desde la ACLR primaria hasta la revisión fue más largo en el grupo A que en el grupo B (96,2 ± 80,9 frente a 52,0 ± 42,1 meses, p = 0,011). El grupo A tuvo una mayor prevalencia de defectos condrales de la tróclea (P= .016). No se identificaron diferencias significativas en la prevalencia y gravedad de las lesiones meniscales. En el seguimiento final, todas las puntuaciones clínicas mejoraron después de la operación, pero no difirieron significativamente entre los grupos. No se identificaron diferencias significativas en la diferencia de lado a lado en las radiografías de estrés de Telos (grupo A, 6,3 ± 5,0 mm; grupo B, 5,6 ± 3,8 mm; p = 0,403) y la tasa de fracaso del injerto (grupo A, 33,3%; grupo B, 30,6%; p = 0,358) en el seguimiento final.

Conclusiones

El estudio actual mostró que los resultados clínicos de los ACLR de revisión en pacientes mejoraron significativamente en pacientes menores de 40 años y fueron comparables a los observados en pacientes mayores de 40 años con un seguimiento mínimo de 2 años.

Nivel de evidencia

Nivel III

■ Leer artículo completo: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(20\)30528-4/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(20)30528-4/fulltext)

8 CRITERIO DEL SERVICIO: ¿Influye la obesidad en el pronóstico del LCA?

Arthroscopy The Journal of Arthroscopic
and Related Surgery

AANA | ARTHROSCOPY ASSOCIATION
OF NORTH AMERICA

El efecto de la obesidad en los tiempos quirúrgicos y los reingresos de 30 días después de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior

Joseph D. Cooper, Mv.D., Daniel J. Lorenzana, M.D., Nathanael Heckmann, M.D., Braden McKnight, M.D., Amir Mostofi, M.D., Seth C. Gamradt, M.D., George F. Rick Hatch III, M.D.

Propósito

Comprender el efecto de la obesidad en los tiempos quirúrgicos y las tasas de reingreso de 30 días después de la reconstrucción artroscópica del ligamento cruzado anterior (LCR)

Métodos

La base de datos del Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad Quirúrgica del Colegio Estadounidense de Cirujanos se utilizó utilizando los códigos de facturación de la Terminología de procedimiento actual para identificar a todos los pacientes de 18 años y mayores que se sometieron a ACLR entre 2007 y 2014. La prueba t de Student se utilizó para variables continuas, y el χ^2 Se utilizó la prueba cuadrada o exacta de Fisher para variables categóricas. Se realizó un análisis multivariado para identificar los factores asociados con el reingreso de 30 días.

Resultados

Identificamos a 9,000 pacientes que se sometieron a ACLR. En el análisis de readmisión, la tasa de readmisión total fue del 0,70%. Después del análisis multivariado, un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más se asoció con un riesgo significativamente mayor de reingreso a los 30 días (odds ratio, 3.06; intervalo de confianza del 95%, 1.09-8.57). Un tiempo quirúrgico de menos de 80 minutos se asoció con una disminución del riesgo de reingreso (odds ratio, 0,40, intervalo de confianza del 95%, 0,18-0,92). En el análisis del tiempo operatorio, el tiempo operatorio promedio fue de 100.7 minutos. La edad avanzada fue predictiva de la disminución del tiempo quirúrgico, con un tiempo quirúrgico 32,75 minutos más corto en pacientes de 65 años o mayores que en los menores de 25 años. Después del análisis multivariante, la obesidad de clase II (IMC de 35-39.9) predijo un aumento de 7.

Nivel de evidencia

Estudio de cohorte observacional, retrospectivo, nivel III.

9 CRITERIO DEL SERVICIO: Uso de los factores plaquetarios en la reconstrucción del LCA.

El PRP puede favorecer la unión temprana de la plastia ligamentosa.

Arthroscopy The Journal of Arthroscopic
and Related Surgery

AANA | ARTHROSCOPY ASSOCIATION
OF NORTH AMERICA

Efecto del plasma autólogo rico en plaquetas y la esponja de gelatina para la cicatrización del tendón al hueso después de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior del conejo

Mingyu Zhang, M.D., Ph.D., Jiang Zhen, M.D., Xian Zhang, M.D., Zhen Yang, M.D., Liang Zhang, M.D., Dinjun Hao, M.D., Bo Ren, M.D., Ph.

Propósito

Investigar el plasma rico en plaquetas (PRP) combinado con una esponja de gelatina (GS) para mejorar la cicatrización de la interfaz tendón-hueso y la formación de estructuras.

Métodos

La caracterización del andamio GS se realizó con un microscopio electrónico de barrido, y se evaluó la curva de liberación después de la carga con PRP. Se realizó un ensayo cuantitativo de reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa en tiempo real para evaluar los niveles de expresión génica relacionada con la curación de tendón a hueso. Finalmente, 18 conejos blancos de Nueva Zelanda se dividieron aleatoriamente en 3 grupos y se sometieron a una reconstrucción de ligamento cruzado anterior con autoinjerto semitendinoso: grupo de autoinjerto sin PRP, grupo PRP y grupo PRP-GS. Todos los conejos fueron asesinados 8 semanas después de la operación. Se realizaron exploraciones por resonancia magnética, pruebas biomecánicas y evaluación histológica.

Resultados

Un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas y un ensayo de kit de conteo celular 8 mostraron que el GS podía controlar la liberación de PRP y prolongar su tiempo de bioactividad, así como promover la proliferación de células madre mesenquimales de la médula ósea. En el grupo PRP-GS, los niveles de genes relacionados fueron regulados al alza en comparación con el grupo PRP ($P < .05$). Una señal más baja en las imágenes de resonancia magnética indicó la formación de fibrocartilago en los 2 grupos con PRP. Además, la tinción histológica mostró que la conexión tendón-hueso tenía una mayor región de transición fibrocartilaginosa en el grupo PRP-GS, y las puntuaciones histológicas fueron más altas (frente al grupo PRP, $P = 0,039$). La carga máxima de falla y la rigidez fueron mayores en el grupo PRP-GS que en los otros 2 grupos.

Relevancia clínica

GS es un material natural y ofrece una biocompatibilidad satisfactoria. El uso de GS como un andamio para controlar la liberación de factores bioactivos en los túneles óseos puede ser útil, pero serán necesarios estudios adicionales en seres humanos para evaluar sus perspectivas clínicas.

Conclusiones

La carga de GS con PRP podría prolongar el tiempo de bioactividad de PRP y promover la proliferación de células madre mesenquimales de médula ósea y la expresión de genes osteogénicos in vitro. También promovió el proceso de curación temprana en la unión tendón-hueso en un modelo de reconstrucción de ligamento cruzado anterior de conejo.

■ Ver texto completo: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(18\)31068-5/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(18)31068-5/fulltext)

Comentario editorial: sazonar el tejido a gusto del cirujano: aumento biológico de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior con plasma rico en plaquetas y una esponja de gelatina.

Mustafa Karahan, M.D.

Abstract

El aumento de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior con plasma rico en plaquetas y una esponja de gelatina mejora la cicatrización del tendón al hueso en un modelo de animal pequeño. Una esponja puede prolongar el tiempo de bioactividad plasmática rica en plaquetas.

Cualquier persona con un paladar exigente disfrutará de un plato perfectamente sazonado. La clave para la adición correcta de especias es, por supuesto, no igual, sino en una proporción de acuerdo con el ingrediente principal del plato. Con mayor frecuencia, los chefs o cocineros domésticos no pueden cuantificar la cantidad de especias necesarias que les permite servir la deliciosa comida; sin embargo, la cuantificación es esencial para alcanzar una alta calidad en el manejo de la curación de tejidos.

A pesar de los recientes avances en el manejo de las rupturas del ligamento cruzado anterior, aún queda mucho por lograr. El retorno al deporte se informó tan bajo como 63% en 1 estudio. 1 Un bajo nivel de resultados puede deberse a una variedad de factores que requieren atención meticulosa, lo que demuestra que la frase “la cadena no es más fuerte que su eslabón más débil” correcta.

De todos los factores relacionados con el éxito, el aumento biológico ha atraído especial atención en los últimos años. El artículo, “Efecto del plasma autólogo rico en plaquetas y la esponja de gelatina para la cicatrización del tendón al hueso después de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior del conejo”, por Zhang, Zheng, Zhang, Yang, Zhang, Hao y Ren 2tiene como objetivo investigar el plasma rico en plaquetas (PRP) combinado con una esponja de gelatina para mejorar la curación de la interfaz tendón-hueso y la formación de estructuras. Los autores cuantificaron inicialmente la liberación del PRP de la esponja utilizada con el ensayo de reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa en tiempo real mediante la prueba de los niveles de expresión génica relacionada con la curación del tendón al hueso. Posteriormente realizaron exploraciones por resonancia magnética, pruebas biomecánicas y evaluaciones histológicas en 18 conejos blancos de Nueva Zelanda divididos en 3 grupos (grupo de control, grupo PRP y grupo de esponja de gelatina PRP +) y realizaron la reconstrucción del ligamento cruzado anterior con autoinjerto de semitendinoso y los siguieron durante 8 semanas después de la operación. Se concluyó que la esponja de gelatina cargada con PRP podría prolongar el tiempo de bioactividad de PRP y promover la proliferación de células del estroma de la médula ósea y la expresión de genes osteogénicos in vitro. También promovió el proceso de curación temprana en la unión tendón-hueso.

La fortaleza de este artículo es que la liberación gradual de factores biológicos se verifica mediante sofisticados métodos de laboratorio, que está un paso por delante de los estudios habituales de curación de tendón a hueso. La promoción de la curación del tendón en las primeras fases de la liberación gradual de los factores de crecimiento no garantiza una curación completa. Se requieren más estudios para evidencia clara del papel de PRP en la curación de tendones y ligamentos.

■ Ver texto completo: [https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063\(19\)30160-4/fulltext](https://www.arthroscopyjournal.org/article/S0749-8063(19)30160-4/fulltext)

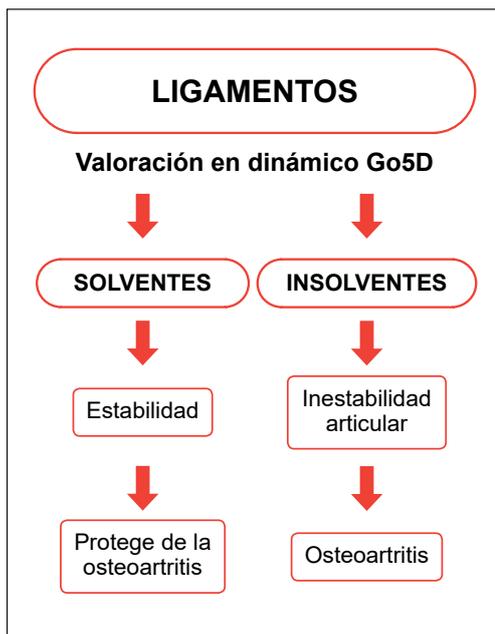
10 CRITERIO DEL SERVICIO: La lesión del LCA en la Mujer

Lejos quedan ya los tiempos en que la rotura de LCA en la mujer se trataba sistemáticamente de forma conservadora.

En la actualidad valoramos para indicar la reconstrucción del ligamento, los mismos parámetros que en el hombre. Es decir, en función del perfil del paciente, reconstruimos el ligamento cuando preveamos que la rodilla va a desarrollar osteoartritis (degeneración) por la inestabilidad consecuente a la rótula ligamentosa.

La cirugía del ligamento es una cirugía de protección de la rodilla, recordemos que las lesiones del cartílago articular, incluidas las que producen la inestabilidad, no cicatrizan. Debemos reparar el ligamento y en consecuencia la estabilidad de la rodilla antes de que estas lesiones sean avanzadas.

DIAGNÓSTICO DE CERTEZA BIOMECÁNICO GO5D



[Ver vídeo](#)



[Ver dossier explicativo](#)

Conceptos actuales en el diagnóstico de la lesión ligamentosa

- 1 Historia clínica.
- 2 Exploración clínica.
- 3 Pruebas complementarias de imagen.
- 4 Diagnóstico de certeza biomecánico Go5D.

10.1 Tratamiento.

CRITERIOS MÉDICOS DEL SERVICIO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES DEL LCA SUSTENTADOS POR LA BIBLIOGRAFÍA MÉDICA

La inestabilidad de rodilla que produce el ligamento cruzado anterior (LCA) es igualmente dañina para la articulación (tanto en el hombre como en la mujer) cuando el nivel de actividad es similar. En consecuencia, los criterios para la reconstrucción del LCA deben de ser similares.

Lesiones del ligamento cruzado anterior en atletas femeninas: anatomía, fisiología y control motor. (Sport medicine Arthrosc review 2002).

Las lesiones del ligamento cruzado anterior (LCA) son comunes en los deportes. La mayoría de las lesiones de LCA son de naturaleza no de contacto y con frecuencia ocurren en ciertas tareas atléticas. En deportes como el fútbol, el baloncesto y el voleibol, las atletas femeninas tienen un mayor riesgo de sufrir lesiones de LCA que sus contrapartes masculinas. Estudios previos sobre los factores de riesgo propuestos para las lesiones de ACL sin contacto se centraron principalmente en factores estáticos no modificables que están alejados de los eventos de la lesión, sin considerar los movimientos. Pocas pruebas convincentes, teóricas o experimentales, han demostrado la asociación entre estos factores estáticos y el riesgo de lesiones de ACL sin contacto. Las atletas femeninas han alterado los patrones de movimiento de la rodilla en tareas atléticas que ponen en riesgo el LCA. Estos patrones de movimiento alterados por las atletas femeninas tienden a aumentar la carga en el LCA, y pueden ser un contribuyente importante a la frecuencia elevada de lesiones de LCA en las atletas femeninas.

Ligamento cruzado anterior en la atleta femenina: factores de riesgo potenciales. (2002)

En la población general, se estima que uno de cada 3000 individuos sufre una lesión del ligamento cruzado anterior por año en los Estados Unidos, lo que corresponde a una tasa general de lesiones de aproximadamente 100,000 lesiones al año. Esta estimación nacional es baja para las mujeres porque se informa que las tasas de lesiones del ligamento cruzado anterior son de dos a ocho veces más altas en las mujeres que en los hombres que participan en los mismos deportes, lo que presenta un problema de salud considerable. Con la creciente participación de las mujeres en el atletismo y la naturaleza debilitante de las lesiones del ligamento cruzado anterior, es esencial una mejor comprensión de los mecanismos de lesión en las mujeres que sufren lesiones del ligamento cruzado anterior. Los estudios publicados respaldan firmemente los mecanismos sin contacto para las roturas del ligamento cruzado anterior en las mujeres, lo que hace que estas lesiones sean aún más desconcertantes. La especulación sobre la posible etiología de las lesiones del ligamento cruzado anterior en mujeres se ha centrado en las diferencias anatómicas, la laxitud articular, las hormonas y las técnicas de entrenamiento. Los investigadores no han acordado los factores causales de esta lesión, pero han comenzado a perfilar el tipo de atleta que está en riesgo. En el estudio actual, se revisarán los estudios científicos más recientes sobre los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que se cree que contribuyen a la alta tasa de lesiones del ligamento cruzado anterior femenino, se destacarán las diferencias importantes y se recomendarán recomendaciones para aliviar o minimizar estos factores de riesgo. Se informará a las atletas femeninas cuando corresponda.

Lesión del ligamento cruzado anterior en la asociación nativa de atletas colegiados de baloncesto y fútbol durante 13 años. (Sports medicine 2005)

No se observaron diferencias significativas en el baloncesto al comparar la frecuencia de contacto versus lesiones sin contacto entre hombres (70,1%) y mujeres (75,7%). Los jugadores de baloncesto masculinos sufrieron 37 lesiones de

contacto y 78 lesiones sin contacto. Las jugadoras de baloncesto sufrieron 100 lesiones de contacto y 305 lesiones sin contacto. En el fútbol, hubo una diferencia significativa en la frecuencia de lesiones entre los atletas masculinos (49.6%) y femeninos (58.3%) al comparar las lesiones por contacto y sin contacto ($\chi^2 = 4.1$, $P < .05$). Los jugadores de fútbol masculinos sufrieron 72 lesiones de contacto y 66 lesiones sin contacto. Las jugadoras de fútbol sufrieron 115 lesiones de contacto y 161 lesiones sin contacto. La magnitud de la diferencia en las tasas de lesiones entre jugadores de baloncesto masculinos y femeninos (0.32-0.21, $P = .93$) permaneció constante, mientras que la magnitud de la diferencia en la tasa de lesiones entre jugadores de fútbol masculinos y femeninos (0.16-0.21, $P = .08$) ensanchado. Al comparar las lesiones dentro del género por deporte, los jugadores de fútbol sufrieron consistentemente más lesiones del ligamento cruzado anterior que los jugadores de baloncesto. La tasa de lesión del ligamento cruzado anterior para jugadores de fútbol masculino fue de 0.11 en comparación con 0.08 para jugadores de baloncesto masculino ($P = .002$). La tasa de lesión del ligamento cruzado anterior para las jugadoras de fútbol fue de 0,33 y para las jugadoras de baloncesto fue de 0,29 ($p = 0,04$). Las tasas de todas las lesiones del ligamento cruzado anterior para las mujeres fueron estadísticamente significativamente más altas ($P < .01$) que las tasas de todas las lesiones del ligamento cruzado anterior para los hombres, independientemente del deporte. En el fútbol, la tasa de todas las lesiones del ligamento cruzado anterior en los 13 años para los jugadores de fútbol masculino disminuyó significativamente ($P = .02$), mientras que se mantuvo constante para las jugadoras.

Conclusiones

En esta muestra, la tasa de lesión del ligamento cruzado anterior, independientemente del mecanismo de la lesión, continúa siendo significativamente más alta para las atletas universitarias que para los atletas universitarios masculinos tanto en fútbol como en baloncesto.

Relevancia clínica

A pesar de la gran atención a la discrepancia entre las tasas de lesiones del ligamento cruzado anterior entre hombres y mujeres, estas diferencias continúan existiendo en los jugadores universitarios de baloncesto y fútbol. También se demuestra que, aunque la tasa de lesiones para las mujeres es más alta que para los hombres, la tasa real de lesiones sigue siendo baja y no debe ser un impedimento para la participación en los deportes.

Las diferencias de género en la lesión del LCA varían según la actividad (2007).

Una revisión exhaustiva de la literatura revela que las atletas femeninas tienen una mayor incidencia de sufrir una rotura del ligamento cruzado anterior (LCA) en comparación con sus contrapartes masculinas. Este artículo describe brevemente los factores de riesgo asociados, la anatomía y la etiología de la rotura femenina de LCA. Más importante aún, el objetivo principal del artículo es presentar un modelo de entrenamiento funcional basado en la investigación diseñado para prevenir las roturas del LCA. (C) 2004 Asociación Nacional de Fuerza y Acondicionamiento.

Resultados

Hubo 353 lesiones del ligamento cruzado anterior en las 10 clases estudiadas. Encontramos una proporción general de incidencia a 4 años de 3.24 por 100 (intervalo de confianza del 95%, 2.89-3.63) para los hombres y 3.51 (intervalo de confianza del 95%, 2.65-4.65) para las mujeres (índice de proporción de incidencia, 1.09 [confianza del 95% intervalo, 0.80-1.47]). La tasa general de lesiones del ligamento cruzado anterior, excluyendo los deportes solo para hombres, fue significativamente mayor en las mujeres (tasa de incidencia, 1.51 [intervalo de confianza del 95%, 1.03-2.21]). Encontramos tasas de lesiones significativamente mayores entre las mujeres en un curso de gimnasia (índice de incidencia, 5,67 [intervalo de confianza del 95%, 1,99-16,16]), prueba de obstáculos en interiores (índice de incidencia, 3,72 [intervalo de confianza del 95%, 1,25-11,10]) y baloncesto (índice de incidencia, 2,42 [intervalo de confianza del 95%, 1,05-5,59]).

Conclusión

Encontramos poca diferencia de género en el riesgo general de una rotura del ligamento cruzado anterior; sin embargo, hubo diferencias de género en las tasas de lesiones cuando se compararon deportes y actividades específicos y cuando los deportes solo para hombres se eliminaron de la evaluación general de la tasa.

10.2 Características específicas de la mujer.

La lesión del LCA en la mujer reúne algunas características específicas que debemos tener en cuenta en su prevención, diagnóstico y tratamiento. De hecho, en el 74% de los casos, la ruptura del LCA en la mujer se produce sin contacto, o lo que es lo mismo, en un gesto que la propia atleta realiza sin participación de elementos externos.

10.2.1 Factores estructurales.

En el morfotipo de la mujer, que condicionan, comportamientos biomecánicos específicos en la articulación, aumentando el riesgo de lesión.

Ligamento cruzado anterior en la atleta femenina: factores de riesgo potenciales. (2002)

En la población general, se estima que uno de cada 3000 individuos sufre una lesión del ligamento cruzado anterior por año en los Estados Unidos, lo que corresponde a una tasa general de lesiones de aproximadamente 100,000 lesiones al año. Esta estimación nacional es baja para las mujeres porque se informa que las tasas de lesiones del ligamento cruzado anterior son de dos a ocho veces más altas en las mujeres que en los hombres que participan en los mismos deportes, lo que presenta un problema de salud considerable. Con la creciente participación de las mujeres en el atletismo y la naturaleza debilitante de las lesiones del ligamento cruzado anterior, es esencial una mejor comprensión de los mecanismos de lesión en las mujeres que sufren lesiones del ligamento cruzado anterior. Los estudios publicados respaldan firmemente los mecanismos sin contacto para las roturas del ligamento cruzado anterior en las mujeres, lo que hace que estas lesiones sean aún más desconcertantes. La especulación sobre la posible etiología de las lesiones del ligamento cruzado anterior en mujeres se ha centrado en las diferencias anatómicas, la laxitud articular, las hormonas y las técnicas de entrenamiento. Los investigadores no han acordado los factores causales de esta lesión, pero han comenzado a perfilar el tipo de atleta que está en riesgo. En el estudio actual, se revisarán los estudios científicos más recientes sobre los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que se cree que contribuyen a la alta tasa de lesiones del ligamento cruzado anterior femenino, se destacarán las diferencias importantes y se recomendarán recomendaciones para aliviar o minimizar estos factores de riesgo. Se informará a las atletas femeninas cuando corresponda.

Lesión del ligamento cruzado anterior en la asociación nativa de atletas colegiados de baloncesto y fútbol durante 13 años. (Sports medicine 2005).

No se observaron diferencias significativas en el baloncesto al comparar la frecuencia de contacto versus lesiones sin contacto entre hombres (70,1%) y mujeres (75,7%). Los jugadores de baloncesto masculinos sufrieron 37 lesiones de contacto y 78 lesiones sin contacto. Las jugadoras de baloncesto sufrieron 100 lesiones de contacto y 305 lesiones sin contacto. En el fútbol, hubo una diferencia significativa en la frecuencia de lesiones entre los atletas masculinos (49.6%) y femeninos (58.3%) al comparar las lesiones por contacto y sin contacto ($\chi^2 = 4.1, P < .05$). Los jugadores de fútbol masculinos sufrieron 72 lesiones de contacto y 66 lesiones sin contacto. Las jugadoras de fútbol sufrieron 115 lesiones de contacto y 161 lesiones sin contacto. La magnitud de la diferencia en las tasas

de lesiones entre jugadores de baloncesto masculinos y femeninos (0.32-0.21, $P = .93$) permaneció constante, mientras que la magnitud de la diferencia en la tasa de lesiones entre jugadores de fútbol masculinos y femeninos (0.16-0.21, $P = .08$) ensanchado. Al comparar las lesiones dentro del género por deporte, los jugadores de fútbol sufrieron consistentemente más lesiones del ligamento cruzado anterior que los jugadores de baloncesto. La tasa de lesión del ligamento cruzado anterior para jugadores de fútbol masculino fue de 0.11 en comparación con 0.08 para jugadores de baloncesto masculino ($P = .002$). La tasa de lesión del ligamento cruzado anterior para las jugadoras de fútbol fue de 0,33 y para las jugadoras de baloncesto fue de 0,29 ($p = 0,04$). Las tasas de todas las lesiones del ligamento cruzado anterior para las mujeres fueron estadísticamente significativamente más altas ($P < .01$) que las tasas de todas las lesiones del ligamento cruzado anterior para los hombres, independientemente del deporte. En el fútbol, la tasa de todas las lesiones del ligamento cruzado anterior en los 13 años para los jugadores de fútbol masculino disminuyó significativamente ($P = .02$), mientras que se mantuvo constante para las jugadoras.

Conclusiones

En esta muestra, la tasa de lesión del ligamento cruzado anterior, independientemente del mecanismo de la lesión, continúa siendo significativamente más alta para las atletas universitarias que para los atletas universitarios masculinos tanto en fútbol como en baloncesto.

Relevancia clínica

A pesar de la gran atención a la discrepancia entre las tasas de lesiones del ligamento cruzado anterior entre hombres y mujeres, estas diferencias continúan existiendo en los jugadores universitarios de baloncesto y fútbol. También se demuestra que, aunque la tasa de lesiones para las mujeres es más alta que para los hombres, la tasa real de lesiones sigue siendo baja y no debe ser un impedimento para la participación en los deportes.

Lesiones sin contacto en atletas femeninas: un comité olímpico internacional. Declaración de conceptos actuales (Sport medicine 2008)

Antecedentes / Propósito: Los estudios que investigan las tendencias de las tasas de reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA) han demostrado que desde 2006, las mujeres de 13 a 17 años han tenido las tasas de lesiones más altas de cualquier grupo de edad o género en el país. Este estudio investigó la biomecánica de la cadena inferior del aterrizaje antes y después de una intervención de entrenamiento de seis sesiones. Esta sesión de entrenamiento se realizó entre las vacaciones de otoño y primavera para un club de fútbol de viajes. **Diseño del estudio:** estudio de seguimiento controlado no aleatorio. **Métodos:** participaron treinta y seis jugadoras de fútbol sanas entre las edades de diez y quince años. Utilizando un sistema de seguimiento inercial para análisis cinemáticos tridimensionales (movimiento) de una evaluación de salto de caída que se realizaron antes y después de una intervención de entrenamiento de seis sesiones centrada en el fortalecimiento de la cadera proximal, el control motor y las estrategias de carga de las extremidades inferiores. El estudio tuvo lugar durante un período de ocho semanas. **Resultados:** en comparación con las medidas previas a la intervención para el salto de caída, las medidas posteriores a la intervención mejoraron significativamente bilateralmente para cada una de las siguientes variables: flexión de la rodilla ($p = 0,000$), flexión de la cadera ($p = 0,000$) y abducción de la cadera ($p = 0,002$). En comparación con la altura de salto previa a la prueba, las alturas de salto posteriores a la prueba fueron significativamente más bajas en un valor promedio de 1.8034 cm ($p = 0,005$). **Conclusiones:** Los resultados de este estudio mostraron que una corta duración (seis, 90 min., sesiones que ocurren durante 8 semanas), la intervención de entrenamiento puede influir significativamente en la cinemática del aterrizaje en las jugadoras de fútbol adolescentes durante una evaluación de salto de caída. riesgo de lesión de LCA: el sistema de análisis de movimiento inercial fue una herramienta útil de detección para identificar biomecánica de alto riesgo que debe abordarse para desarrollar un programa exitoso de prevención de lesiones de LCA carneros.

Una revisión de las lesiones sufridas sin contacto del ligamento cruzado anterior en la liga nacional de fútbol (Revista de pie y tobillo 1997)

Durante cinco temporadas de fútbol, de 1989 a 1993, se identificaron 61 lesiones del ligamento cruzado anterior sin contacto comprobadas quirúrgicamente de entre 22 equipos de la Liga Nacional de Fútbol. Se identificaron las variables de superficie, tipo de zapato, condiciones de juego y si el zapato fue escupido o no para cada lesión reportada. Cuarenta lesiones sin contacto ocurrieron en zapatos con tacos convencionales sobre césped natural,

y 21 ocurrieron en una superficie artificial. Casi la mitad de todas las lesiones (47.5%) ocurrieron durante las exposiciones durante el día del juego a pesar de que la tasa de exposición práctica versus día del juego fue 5: 1. De estas lesiones, el 95.2% (N = 58) ocurrió en un campo seco. Se presentan los factores del tipo de taco y zapato, tipo de superficie (natural versus artificial), condiciones de la superficie (húmedo / seco) y el efecto de "escupir" un zapato. El significado de estos factores y su probabilidad de estar asociados con lesiones se analiza mediante el uso de una herramienta estadística, la relación de densidad de incidencia.

La relación entre el ancho de la muesca intercondilar del fémur y la incidencia de desgarros del ligamento cruzado anterior (Sport medicine 1986)

Para 714 pacientes consecutivos que se sometieron a reconstrucciones autógenas de injerto de tendón rotuliano del ligamento cruzado anterior, medimos intraoperatoriamente el ancho de la muesca intercondilar. Registramos prospectivamente la altura, el peso, el sexo y qué pacientes posteriormente se rasgaron el ligamento cruzado anterior contralateral o el autoinjerto de 10 mm. Los pacientes se dividieron en dos grupos según el ancho de la muesca (grupo 1, $< \sigma = 15$ mm; grupo 2, $> \sigma = 16$ mm. El ancho medio de la muesca fue de 13.9 ± 2.2 mm para las mujeres y 15.9 ± 2.5 mm para hombres. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el ancho de la muesca entre los grupos de altura para mujeres u hombres. El análisis mostró que, con la altura y el peso como covariables, las mujeres tenían muescas estadísticamente significativamente más estrechas que los hombres. Veintitrés de 388 pacientes en los grupos 1 y 4 de 326 pacientes en el grupo 2 se desgarraron los ligamentos cruzados anteriores contralaterales. Dentro de los grupos, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las tasas de desgarro contralateral entre hombres y mujeres. Una vez que los hombres y las mujeres tuvieron reconstrucciones con autoinjertos de 10 mm de igual tamaño, no hubo diferencias en tasa de rotura del injerto entre grupos o entre hombres y mujeres. Nuestros resultados muestran que los pacientes con muescas más estrechas tienen una mayor incidencia de desgarro de su ligamento cruzado anterior contralateral. Después de la reconstrucción con un autog de 10 mm balsa, la incidencia de rotura del injerto es la misma para hombres y mujeres.

Ancho de muesca intercondilar y su relación con la configuración y el área transversal del LCA. (Sport Medicine 1985)

Si una muesca intercondilar estrecha contiene un ligamento cruzado anterior más pequeño, eso puede explicar por qué las personas con muescas estrechas tienen una mayor incidencia de lesiones del ligamento cruzado anterior. Para investigar la importancia de la medición del ancho de muesca, utilizamos 16 rodillas cadavéricas embalsamadas. Se creó un molde positivo de todo el ligamento cruzado anterior, incluidas sus inserciones femorales y tibiales, con caucho de silicona y yeso comúnmente utilizado para el moldeo dental. Teníamos dos hipótesis para probar de este estudio. Una fue que las dimensiones del ligamento cruzado anterior pueden predecirse por el ancho de la muesca. La otra era que el tamaño del ligamento cruzado anterior de una persona puede predecirse mediante una medición de la muesca intercondilar de la pinza. Se midió el ancho, la longitud sagital y el área de la sección transversal de la sustancia intermedia y las inserciones femorales y tibiales del ligamento cruzado anterior. El índice de ancho de la muesca, la relación entre el ancho de la muesca y el ancho del cóndilo femoral, mostró una correlación positiva solo con la relación entre el ancho y la longitud sagital de la inserción tibial. Ninguno de los parámetros mostró diferencias entre las rodillas con un índice de ancho de muesca menor o igual a 0.2 y aquellos con un índice de ancho de muesca mayor a 0.2. Las rodillas con índices de ancho de muesca pequeños no tenían ligamentos cruzados anteriores más delgados en ellas. Estos hallazgos pueden no ser aplicables a las rodillas obtenidas de otras razas, es decir, no japonesas.

La relación entre la postura estática y la lesión lca en atletas femeninas (1996)

La participación femenina en el atletismo ha aumentado dramáticamente en la última década. Acompañando el aumento en la participación en los deportes está el aumento en la incidencia de lesiones del ligamento cruzado anterior (LCA). El propósito de este estudio fue examinar la correlación entre las fallas posturales estáticas en atletas femeninas y la prevalencia de la lesión sin contacto del LCA. Se evaluaron 20 mujeres lesionadas con LCA y

20 controles pareados por edad. Se midieron siete variables: posición pélvica de pie, posición de cadera, posición de rodilla sagital de pie, posición de rodilla frontal de pie, longitud de isquiotibiales, posición de articulación subtalar propensa y prueba de caída navicular. Un análisis de regresión logística condicional paso a paso reveló que los factores de recurvatum de rodilla, una caída navicular excesiva y una pronación subtalar excesiva de la articulación son discriminadores significativos entre los grupos lesionados y no lesionados con LCA. Estos hallazgos pueden tener implicaciones con respecto a las técnicas de rehabilitación en fisioterapia.

Comparación de género del ángulo del eje tibial del tendón rotuliano con soporte de peso (2003)

El objetivo de este estudio fue comparar el ángulo del eje tibial del tendón rotuliano en ángulos específicos de flexión de la rodilla en jóvenes atletas masculinos y femeninos con carga de peso en las extremidades inferiores para determinar si existe una diferencia de género. Veinte atletas recreativos sanos (10 hombres y 10 mujeres) de 22 a 28 años con rodillas normales fueron reclutados. Se obtuvieron siete radiografías laterales de la rodilla dominante de cada sujeto en ángulos de flexión de rodilla de 0 °, 15 °, 30 °, 45 °, 60 °, 75 ° y 90 °. Las mediciones de las radiografías se utilizaron en un análisis de regresión múltiple para expresar el ángulo del eje tibial del tendón rotuliano en función del ángulo de flexión de la rodilla. Nuestros resultados indican que el ángulo del eje tibial del tendón rotuliano es una función lineal de la flexión de la rodilla. El ángulo medio del eje tibial del tendón rotuliano de las mujeres fue 3,7 ° mayor que el ángulo medio del eje tibial del tendón rotuliano de las mujeres ($p = 0,00$). Las diferencias de género en el ángulo del eje tibial del tendón rotuliano resultan en un aumento del 13.2% en la fuerza de corte anterior aplicada a la tibia del sujeto femenino promedio, en comparación con el hombre promedio. Estos resultados indican que el ángulo del eje tibial del tendón rotuliano puede ser un factor de riesgo anatómico para las lesiones sin contacto del ligamento cruzado anterior, especialmente en atletas femeninas. Este estudio fue respaldado por una subvención del Centro de Investigación de Prevención de Lesiones de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.

Efectos de los estrógenos en el metabolismo celular del ligamento cruzado anterior: una explicación potencial de las lesiones en atletas femeninas. (1997)

Las investigaciones de este laboratorio han establecido la presencia de receptores de estrógenos en el ligamento cruzado anterior humano. Este estudio investiga más a fondo los efectos del 17 beta-estradiol sobre la proliferación celular y la síntesis de colágeno de fibroblastos derivados del ligamento cruzado anterior del conejo. La proliferación de fibroblastos y la síntesis de colágeno en respuesta a concentraciones cercanas al logaritmo de 17 beta-estradiol (a 0.0029, 0.025, 0.25, 2.5 y 25 ng / ml) se evaluaron midiendo la incorporación de [3H] timidina y [14C] hidroxiprolina, respectivamente. La síntesis de colágeno se redujo significativamente con el aumento de la concentración local de estradiol ($P < 0.001$). La disminución de la síntesis de colágeno se observó por primera vez a una concentración de 17 beta-estradiol de 0.025 ng / ml. Dentro de los niveles fisiológicos normales de estrógeno (0.025 a 0.25 ng / ml), la síntesis de colágeno se redujo en más del 40% del control, y a niveles farmacológicos de 2.5 y 25 ng / ml, en más del 50% del control. También se observó una reducción significativa de la proliferación de fibroblastos al aumentar las concentraciones de estradiol ($P = 0.023$). Clínicamente, las alteraciones en el metabolismo celular del ligamento cruzado anterior causadas por las fluctuaciones de estrógenos pueden cambiar la composición del ligamento, haciéndolo más susceptible a lesiones.

Cinemática de la articulación de la rodilla durante la maniobra de corte lateral: potencial de lesiones en mujeres. (1999)

Propósito

Hay una escasez de datos que describan la biomecánica femenina de las extremidades inferiores durante los movimientos de "alto riesgo" relacionados con la lesión del LCA sin contacto. Este estudio comparó, a través del género, la cinemática de la rodilla asociada con las maniobras de esquivar para dar una idea de por qué las mujeres muestran una incidencia significativamente mayor de esta lesión que los hombres.

Métodos

Treinta participantes (16 hombres, 14 mujeres) registraron datos cinemáticos de la articulación de la rodilla bilateral mientras se esquivaban. Un paquete de software personalizado (JTMOTION) cuantificó el máximo, el mínimo y el rango de movimiento durante la postura para cada una de las tres rotaciones clínicas de la articulación de la rodilla (flexión / extensión, aducción / abducción y rotación externa / interna) durante 20 (pierna x condición x prueba (5)) ensayos.

Resultados

Las diferencias de género poseían una importancia clínica limitada con todos los valores máximos dentro de los rangos seguros de movimiento de la rodilla. Sin embargo, las mujeres mostraron una mayor variabilidad intertrial para los patrones de rotación axial durante el corte en comparación con los hombres. Se pensó que esta variabilidad no se veía afectada por el género, y se encontró que el nivel de experiencia estadísticamente ($P < 0.01$) era el principal determinante de la variabilidad cinemática de la rodilla durante el paso lateral. Por lo tanto, el nivel de exposición al corte lateral puede tener un gran impacto en el riesgo posterior de lesión del LCA cuando se realizan estas maniobras.

Conclusiones

Las diferencias de género en los movimientos de la rodilla durante el corte no contribuyeron al aumento del riesgo de lesión por ACL sin contacto en mujeres en comparación con los hombres. Las razones de este aumento de la incidencia, por lo tanto, siguen sin estar claras. La relación potencial entre el género y otros parámetros relacionados con la lesión del LCA, como la geometría articular, la morfología de los ligamentos y el acondicionamiento físico, requiere una mayor investigación.

10.2.2 Factores hormonales.

Existen numerosos estudios médicos que relacionan el nivel de los estrógenos con el riesgo de la rotura del LCA en la mujer. Estos y otros factores hormonales, podrían aumentar el riesgo de rotura, cuyo aumento está aún por precisar.

Efectos de los estrógenos en el metabolismo celular del ligamento cruzado anterior: una explicación potencial de las lesiones en atletas femeninas. (1997)

Las investigaciones de este laboratorio han establecido la presencia de receptores de estrógenos en el ligamento cruzado anterior humano. Este estudio investiga más a fondo los efectos del 17 beta-estradiol sobre la proliferación celular y la síntesis de colágeno de fibroblastos derivados del ligamento cruzado anterior del conejo. La proliferación de fibroblastos y la síntesis de colágeno en respuesta a concentraciones cercanas al logaritmo de 17 beta-estradiol (a 0.0029, 0.025, 0.25, 2.5 y 25 ng / ml) se evaluaron midiendo la incorporación de [3H] timidina y [14C] hidroxiprolina, respectivamente. La síntesis de colágeno se redujo significativamente con el aumento de la concentración local de estradiol ($P < 0.001$). La disminución de la síntesis de colágeno se observó por primera vez a una concentración de 17 beta-estradiol de 0.025 ng / ml. Dentro de los niveles fisiológicos normales de estrógeno (0.025 a 0.25 ng / ml), la síntesis de colágeno se redujo en más del 40% del control, y a niveles farmacológicos de 2.5 y 25 ng / ml, en más del 50% del control. También se observó una reducción significativa de la proliferación de fibroblastos al aumentar las concentraciones de estradiol ($P = 0.023$). Clínicamente, las alteraciones en el metabolismo celular del ligamento cruzado anterior causadas por las fluctuaciones de estrógenos pueden cambiar la composición del ligamento, haciéndolo más susceptible a lesiones.

Efecto del estrógeno sobre el metabolismo celular del LCA humano. (1999)

Estudios previos de este laboratorio han establecido la presencia de receptores de estrógenos en el ligamento cruzado anterior humano. El propósito de este estudio fue investigar los efectos de 17 beta-estradiol sobre la proliferación celular y los niveles de procolágeno, como un indicador de la síntesis de colágeno, en los fibroblastos del ligamento cruzado anterior humano. La proliferación de fibroblastos y la síntesis de procolágeno en respuesta a las concentraciones casi logarítmicas de 17 beta-estradiol (a 0,0029 ng / ml, 0,025 ng / ml, 0,25 ng / ml, 2,5 ng / ml y 25 ng / ml) se evaluaron con la medición de Incorporación de 3H-timidina y radioinmunoensayos de equilibrio específico de procolágeno de Tipos 1 y 3. En los días 1 y 3, hubo una disminución dependiente de la dosis en la proliferación de fibroblastos del ligamento cruzado anterior con concentraciones crecientes de estradiol. Este efecto dependiente de la dosis de la disminución de la proliferación de fibroblastos con concentraciones crecientes de estradiol se hizo menos aparente a los 7, 10 y 14 días. En los días 1 y 3, la síntesis de procolágeno disminuyó de una manera dependiente de la dosis al aumentar las concentraciones de estradiol. En los días 7, 10 y 14, este efecto dependiente de la dosis se atenuó. No se observaron diferencias significativas en la síntesis de procolágeno tipo 3 por los fibroblastos del ligamento cruzado anterior con concentraciones variables de estradiol en ninguno de los puntos designados. Estos cambios fisiológicos tempranos en la proliferación de fibroblastos y la síntesis de procolágeno Tipo I pueden proporcionar una explicación biológica para el aumento de la tasa de lesiones del ligamento cruzado anterior observado en atletas femeninas, lo que sugiere que son las variaciones cíclicas agudas en la atleta femenina que está menstruando lo que la predispone a la formación de lesión de ligamentos.

10.3 La rodilla de la mujer debe ser estudiada biomecánicamente.

La rodilla de la mujer debe ser estudiada biomecánicamente, determinando en cada caso cuáles son los factores de riesgo potenciales en el desarrollo del deporte que practique y cuáles son los programas de rehabilitación/readaptación que deben aplicarse en cada caso.

10.4 Laboratorios Go5D.

Estas pruebas deben realizarse en laboratorios Go5D, dotados de cámaras opto-eléctricas de gran sensibilidad.

La rodilla de la mujer debe ser estudiada biomecánicamente, determinando en cada caso cuáles son los factores de riesgo potenciales en el desarrollo del deporte que practique y cuáles son los programas de rehabilitación/readaptación que deben aplicarse en cada caso.

LCA de mujer. Prevención de lesiones con un modelo de ejercicio de integración funcional. (2004)

Resumen: una revisión exhaustiva de la literatura revela que las atletas femeninas tienen una mayor incidencia de sufrir una rotura del ligamento cruzado anterior (LCA) en comparación con sus contrapartes masculinas. Este artículo describe brevemente los factores de riesgo asociados, la anatomía y la etiología de la mujer Desgarro del LCA. Más importante aún, el objetivo principal del artículo es presentar un modelo de entrenamiento funcional basado en la investigación diseñado

para prevenir los desgarros del LCA. (C) 2004 Asociación Nacional de Fuerza y acondicionamiento.

Las diferencias de género en la lesión del LCA varían según la actividad. (2007)

Una revisión exhaustiva de la literatura revela que las atletas femeninas tienen una mayor incidencia de sufrir una rotura del ligamento cruzado anterior (LCA) en comparación con sus contrapartes masculinas. Este artículo describe brevemente los factores de riesgo asociados, la anatomía y la etiología de la rotura femenina de LCA. Más importante aún, el objetivo principal del artículo es presentar un modelo de entrenamiento funcional basado en la investigación diseñado para prevenir las roturas del LCA. (C) 2004 Asociación Nacional de Fuerza y Acondicionamiento.

Resultados

Hubo 353 lesiones del ligamento cruzado anterior en las 10 clases estudiadas. Encontramos una proporción general de incidencia a 4 años de 3.24 por 100 (intervalo de confianza del 95%, 2.89-3.63) para los hombres y 3.51 (intervalo de confianza del 95%, 2.65-4.65) para las mujeres (índice de proporción de incidencia, 1.09 [confianza del 95% intervalo, 0.80-1.47]). La tasa general de lesiones del ligamento cruzado anterior, excluyendo los deportes solo para hombres, fue significativamente mayor en las mujeres (tasa de incidencia, 1.51 [intervalo de confianza del 95%, 1.03-2.21]). Encontramos tasas de lesiones significativamente mayores entre las mujeres en un curso de gimnasia (índice de incidencia, 5,67 [intervalo de confianza del 95%, 1,99-16,16]), prueba de obstáculos en interiores (índice de incidencia, 3,72 [intervalo de confianza del 95%, 1,25-11,10]) y baloncesto (índice de incidencia, 2,42 [intervalo de confianza del 95%, 1,05-5,59]).

Conclusión

Encontramos poca diferencia de género en el riesgo general de una rotura del ligamento cruzado anterior; sin embargo, hubo diferencias de género en las tasas de lesiones cuando se compararon deportes y actividades específicos y cuando los deportes solo para hombres se eliminaron de la evaluación general de la tasa.

Entrenamiento neuromuscular para prevenir la lesión del ligamento cruzado anterior en la atleta femenina. (2006)

A pesar de la identificación de programas efectivos de ejercicios de prevención de lesiones del ligamento cruzado anterior (LCA), las atletas femeninas siguen teniendo un riesgo de 4 a 6 veces mayor de sufrir LCA en comparación con los atletas masculinos. Una posible explicación de la falta de mejora en el riesgo de lesión de LCA en atletas femeninas es una difusión inadecuada de información sobre estrategias de intervención efectivas. Este artículo presenta diferencias de género en el control neuromuscular que pueden colocar a la atleta femenina en un mayor riesgo de lesión del LCA e información sobre el diseño y la implementación de un programa de entrenamiento neuromuscular para reducir el riesgo de lesión del LCA en atletas femeninas.

Problemas en la rehabilitación en mujeres con deficiencias en el LCA. (2002)

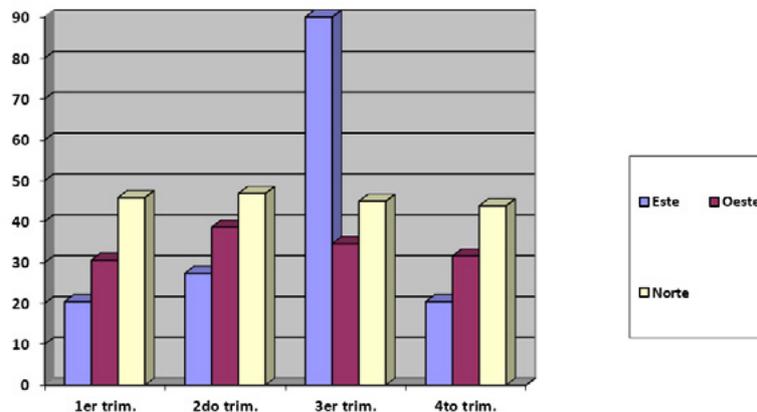
Las lesiones sin contacto del ligamento cruzado anterior (LCA) ocurren con mayor frecuencia en atletas femeninas que masculinas. Muchos estudios investigaron posibles factores predisponentes como la laxitud articular, las influencias hormonales, la alineación de las extremidades inferiores, la forma y dimensión de la muesca, el tamaño de los ligamentos y el control neuromuscular. Hasta donde sabemos, no existen protocolos de rehabilitación de LCA especialmente estudiados para mujeres. Nuestro enfoque es un protocolo de rehabilitación progresiva basado en el tiempo y el criterio, con fases preoperatorias, tempranas y postoperatorias tardías. Las evaluaciones cuantitativas biomecánicas preoperatorias, preoperatorias y posoperatorias se utilizan para controlar la rehabilitación. La observación epidemiológica específica del deporte del mecanismo de lesión de ACL sin contacto puede ayudar a identificar movimientos y situaciones que representan un riesgo para el ACL. Estos datos se pueden usar para modificar la capacitación y para prevenir lesiones y lesiones. En nuestra opinión, no es necesario tener un protocolo de rehabilitación específico de género, pero es necesario tener un mejor acondicionamiento neuromuscular específico para el deporte, que debe incluir protocolos de ejercicios de agilidad funcional, ejercicios pliométricos y de equilibrio postural.

10.5 Técnica quirúrgica.

Para la reparación de las roturas del LCA en la mujer, en nuestro servicio aplicamos técnicas con aloinjertos frescos mediante técnica artroscópica que faciliten la recuperación y contrarresten la tendencia a la rigidez que presenta la rodilla en la mujer.

Problemas en la rehabilitación en mujeres con deficiencias en el LCA. **(2002)**

Las lesiones sin contacto del ligamento cruzado anterior (LCA) ocurren con mayor frecuencia en atletas femeninas que masculinas. Muchos estudios investigaron posibles factores predisponentes como la laxitud articular, las influencias hormonales, la alineación de las extremidades inferiores, la forma y dimensión de la muesca, el tamaño de los ligamentos y el control neuromuscular. Hasta donde sabemos, no existen protocolos de rehabilitación de LCA especialmente estudiados para mujeres. Nuestro enfoque es un protocolo de rehabilitación progresiva basado en el tiempo y el criterio, con fases preoperatorias, tempranas y postoperatorias tardías. Las evaluaciones cuantitativas biomecánicas preoperatorias, preoperatorias y posoperatorias se utilizan para controlar la rehabilitación. La observación epidemiológica específica del deporte del mecanismo de lesión de ACL sin contacto puede ayudar a identificar movimientos y situaciones que representan un riesgo para el ACL. Estos datos se pueden usar para modificar la capacitación y para prevenir lesiones y lesiones. En nuestra opinión, no es necesario tener un protocolo de rehabilitación específico de género, pero es necesario tener un mejor acondicionamiento neuromuscular específico para el deporte, que debe incluir protocolos de ejercicios de agilidad funcional, ejercicios pliométricos y de equilibrio postural.



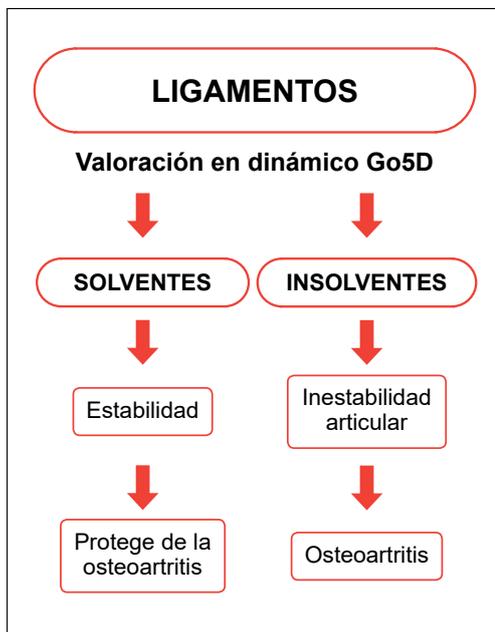
11 CRITERIO DEL SERVICIO: La lesión del LCA en el Niño

En nuestro servicio, todos los tratamientos tanto quirúrgicos como conservadores que se aplican en la rodilla están dirigidos hacia la conservación del cartílago articular y de las estructuras que lo protegen, como son los meniscos que proporcionan amortiguación y los ligamentos que aportan estabilidad.

Este hecho es especialmente relevante, ya que las lesiones del cartílago articular no cicatrizan y su progresión conduce al deterioro de la articulación, lo que es especialmente importante en el niño y en el adolescente.

Tras un diagnóstico clínico muy cuidadoso y tras la medición de la inestabilidad objetiva de la rodilla mediante el sistema Go5D, que determinará la importancia de la lesión ligamentosa (siempre **dentro de las primeras 6 semanas, que son preceptivas para que la reparación de los daños meniscales pueda ser exitosa**), la tendencia en nuestro servicio en caso de detectar objetivamente inestabilidad es la reconstrucción quirúrgica mediante técnicas específicas que respeten los cartílagos de crecimiento de las lesiones del LCA en el niño y en el adolescente.

DIAGNÓSTICO DE CERTEZA BIOMECÁNICO GO5D



[Ver vídeo](#)



[Ver dossier explicativo](#)

Conceptos actuales en el diagnóstico de la lesión ligamentosa

- 1 Historia clínica.
- 2 Exploración clínica.
- 3 Pruebas complementarias de imagen.
- 4 Diagnóstico de certeza biomecánico Go5D.

11.1 Prevención, tratamiento y rehabilitación.

Prevención, tratamiento y rehabilitación de las lesiones del LCA en niño.

Prevention, treatment, and rehabilitation of anterior cruciate ligament injuries in children.

Pamela J Lang, Dai Sugimoto, Lyle J Micheli

Resumen

A medida que los niños y adolescentes participan en deportes competitivos ha habido un aumento de la incidencia de las lesiones del LCA en estos grupos de edad.

Las lesiones de LCA en atletas con cartílago de crecimiento activo representan un desafío pues la reconstrucción del ligamento no debe dañar al cartílago de crecimiento.

Históricamente, los niños fueron tratados ortopédicamente y modificando la actividad hasta la madurez esquelética cuando se procedió a la reconstrucción ligamentosa.

Recientemente, la evidencia ha demostrado que la reconstrucción retrasada puede conducir a un aumento de las lesiones meniscales y cartilaginosas.

En la actualidad, se favorece la reconstrucción temprana para proteger cartílagos y meniscos.

Se han desarrollado técnicas de reconstrucción respetuosas con los cartílagos de crecimiento, así mismo se aplican programas de entrenamientos neuromusculares para prevenir la lesión del LCA en el niño y evitar las recaídas después de una intervención.

11.2 Riesgo de lesiones secundarias en jóvenes atletas después de la reconstrucción del LCA.

Riesgo de lesiones secundarias en jóvenes atletas después de la reconstrucción del LCA.

Risk of Secondary Injury in Younger Athletes After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. A Systematic Review and Meta-analysis

Amelia J Wiggins, Ravi K Grandhi, Daniel K Schneider, Denver Stanfield, Kate E Webster, Gregory D Myer

Conclusión

Esta revisión sistemática y meta análisis demuestra que **la tasa de recaída tras la intervención quirúrgica para reparar el LCA en atletas jóvenes es más alta que en atletas adultos.**

Los datos indican que casi 1 de cada 4 pacientes atletas jóvenes que sufren una lesión del LCA y vuelven al deporte de alto riesgo, pueden volver a sufrir otra lesión de LCA en algún momento de su carrera.

El riesgo de recaída es 30 a 40 veces mayor que en los atletas adolescentes no lesionados.

Estos datos indican la importancia de una rehabilitación mejorada y continua, así como el uso de entrenamiento neuromuscular para reducir la tasa de segunda lesión en esta lesión de riesgo.

11.3 Reconstrucción pediátrica del LCA.

Prevención, tratamiento y rehabilitación de las lesiones del LCA en niño.

Prevention, treatment, and rehabilitation of anterior cruciate ligament injuries in children.

Pamela J Lang, Dai Sugimoto, Lyle J Micheli

Resumen

A medida que los niños y adolescentes participan en deportes competitivos ha habido un aumento de la incidencia de las lesiones del LCA en estos grupos de edad.

Las lesiones de LCA en atletas con cartílago de crecimiento activo representan un desafío pues la reconstrucción del ligamento no debe dañar al cartílago de crecimiento.

Históricamente, los niños fueron tratados ortopédicamente y modificando la actividad hasta la madurez esquelética cuando se procedió a la reconstrucción ligamentosa.

Recientemente, la evidencia ha demostrado que la reconstrucción retrasada puede conducir a un aumento de las lesiones meniscales y cartilaginosas.

En la actualidad, se favorece la reconstrucción temprana para proteger cartílagos y meniscos.

Se han desarrollado técnicas de reconstrucción respetuosas con los cartílagos de crecimiento, así mismo se aplican programas de entrenamientos neuromusculares para prevenir la lesión del LCA en el niño y evitar las recaídas después de una intervención.

Reconstrucción pediátrica del ligamento cruzado anterior.

Pediatric anterior cruciate ligament reconstruction

Crystal A. Perkins, MD, s. Clifton Wilimon, MD.

Puntos clave

1. La lesión del LCA es la causa más común de inflamación tras traumatismo en la rodilla del adolescente y ocurre cada vez más frecuentemente.
2. La evaluación de la edad esquelética y del crecimiento restante es crítica para indicar el tipo de tratamiento en pacientes con cartílago de crecimiento abierto y lesiones del LCA. El tratamiento conservador de las lesiones del LCA se asocia muy frecuentemente con lesiones secundarias del cartílago y el menisco y no es apropiado para la mayoría de los pacientes. Existen técnicas específicas para la reconstrucción del LCA en el niño y adolescente respetando la integridad de los cartílagos de crecimiento.

11.4 Lesiones del LCA en niños y adolescentes.

Lesiones del LCA en niños y adolescentes.

Anterior cruciate ligament injuries in children and adolescents.

Peter D. Fabricant, MD, MPH, Mininder S. Kocher, MD, MDH

Puntos clave

Las lesiones del LCA en jóvenes y adolescentes tienen en la actualidad una frecuencia cada vez mayor.

El crecimiento y, en consecuencia, los cartílagos de crecimiento abiertos son un problema para el tratamiento de las lesiones de los niños y adolescentes.

El tratamiento conservador produce un daño progresivo en los meniscos y en los cartílagos con cambios artrósicos crecientes en la articulación.

Existen muchas técnicas para la reconstrucción del LCA en niños y adolescentes con cartílagos de crecimiento abiertos.

11.5 Rehabilitación de la cirugía LCA en niños.

Rehabilitación siguiendo las roturas del ligamento cruzado anterior en niños.

Rehabilitation following anterior cruciate ligament tears in children.

Joseph L. Yellin, BA, Peter D. FABRICANT, MD, MPH, Alex Gorntzky, BS

Conclusiones

Se identifican tendencias específicas en la rehabilitación tras el tratamiento quirúrgico del LCA. Muchos protocolos están basados en franjas de tiempo, así como en la combinación de estas franjas con los objetivos obtenidos.

La recuperación tras la intervención quirúrgica para reparar la lesión del LCA en el niño y adolescente debe tener características específicas.