



RUBÉN FOLE

CIRUJANO ORTOPÉDICO Y TRAUMATÓLOGO
ARTROSCOPIA Y PATOLOGÍA DEPORTIVA

www.doctorfole.com

VALORACIÓN

Una correcta exploración puede orientar el diagnóstico, y sobre todo diferenciar otros posibles orígenes de dolor en la rodilla. Durante el episodio de dolor agudo postraumático es posible que no se pueda explorar con facilidad la rodilla; requiriendo de un tratamiento con antiinflamatorios y terapia de rehabilitación "Enfriar la articulación" y posterior exploración.

El paciente presentará **inestabilidad** de rodilla con maniobras de Lachman+ y cajón anterior + si presenta inestabilidad anterior y maniobra de pivot shift + si el componente rotaciones esta afectado. El paciente presentará "fallo" en la rodilla

TRATAMIENTO

Tras las valoración del tipo de rotura mediante la **resonancia magnética** existen diferentes opciones de tratamiento.

La reconstrucción del ligamento se realiza mediante la sustitución del ligamento lesionado por un complejo tendinoso obtenido generalmente del propio paciente (por presentar una mayor tasa de integración y mejores resultados funcionales), se suele extraer de los tendones semitendinoso y recto interno; aunque también suele ser frecuente el uso de parte del tendón rotuliano. La reconstrucción se basa en posicionar el tendón en la localización anatómica del anterior ligamento cruzado roto con continuidad intraóseo para favorecer la adherencia del Tejido.

Se realiza una fijación temporal con sistemas de suspensión al hueso hasta la correcta integración a nivel del hueso.



LIGAMENTO CRUZADO

El ligamento cruzado anterior es un ligamento intraarticular que presenta unas inserción bien definidas. A nivel de tibia se inserta 7 mm anterior a ligamento cruzado posterior y a 7mm lateral a la Espina tibial anterior. La inserción femoral se encuentra en la zona posteromedial del cóndilo femoral externo



CAUSAS

Estas lesiones provocadas por giros bruscos con el pie fijo en el suelo, mecanismo por el cual también se provocan roturas meniscales. El origen traumático suele tener origen en el deporte, aunque también lesiones de alta energía como los accidentes de tráfico que ocasionan incluso luxaciones de rodilla con rotura de ambos cruzados y otros componentes capsuloligamentosos de la rodilla.



El día de la operación debe acudir con **muletas e inmovilizador articulado de rodilla**, aseo con ducha y gel. La rodilla con **rasurado** previo (24 horas disminuye el riesgo de infección), la intervención es ambulatoria y por lo general el mismo día usted estará de vuelta en su domicilio.

La intervención suele realizarse con anestesia de los miembros inferiores por punción de técnica similar a la **epidural**.

La **artroscopia** consiste en una intervención con incisiones mínimas, en la parte anterior de rodilla, por las cuales con una cámara de alta resolución se observan las lesiones que existen en la rodilla a nivel de cartilago, menisco, ligamentos...

Se dejará un drenaje en la rodilla unas 12 horas para evacuar el sangrado de la rodilla y evitar hematomas intraarticulares

Puede realizar el **apoyo de la pierna operada**, con uso de muletas para descargar parcialmente en peso. Durante las primeras 24- 48 horas permanezca en reposo con la **pierna en alto** y puede aplicar **hielo** en una bolsa (evitar mojar el vendaje) durante 15 minutos varias veces al día. El uso de Heparina pinchada subcutánea en zona de abdomen es obligatorio para reducir los riesgos de sufrir la enfermedad tromboembólica tras una intervención.

Debe mantener el vendaje limpio y seco; si presenta sangrado visible a través del vendaje o fiebre termometrada de $>38^{\circ}\text{C}$ acudirá a Urgencias para una valoración.

La cura de la herida será semanal con la enfermería del servicio previa cita. La retirada de puntos es entorno a los 10 -15 días. La retirada de las muletas será progresiva según la tolerancia del paciente.

El inicio de la rehabilitación será aconsejable entorno a las 3ª semana. La vuelta a actividades deportivas debe realizarse de forma progresiva sobre el 5º mes evitando actividades de impacto hasta el 6º mes. En caso de que las rotura del menisco se pueda suturar o lesiones del cartilago que requieran de otro tratamiento complementario el tiempo de recuperación y de descarga se prolonga; con el fin de la correcta cicatrización.



www.doctorfole.com