



ORIGINAL

¿Qué ocurre con las lesiones del ligamento cruzado anterior, su tratamiento, la recuperación de la función y el desarrollo de osteoartritis a largo plazo? ¿Hay espacio para el tratamiento conservador? Revisión de conceptos actuales



William Henry Márquez Arabia^{a,*}, Jorge Jaime Márquez Arabia^b y Juan Carlos Gómez^a

^a Ortopedista y Traumatólogo, Universidad de Antioquia, Profesor del Programa de Medicina Deportiva y miembro del Grupo de Investigación GRINMADE, Universidad de Antioquia; Servicio de Ortopedia, Clínica las Américas, Medellín, Colombia

^b Médico especialista en Medicina Deportiva, Universidad de Antioquia, Profesor e Investigador del Instituto Universitario de Educación Física, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Recibido el 28 de septiembre de 2013; aceptado el 23 de marzo de 2017

Disponible en Internet el 25 de abril de 2017

PALABRAS CLAVE

Ligamento cruzado anterior;
Tratamiento conservador;
Prevención

Resumen La historia natural y el tratamiento de las lesiones del ligamento cruzado anterior (LCA) de la rodilla generan mucha controversia porque en algunos individuos la articulación queda poco funcional después de una rotura del LCA, mientras que en otros permanece relativamente asintomática y el paciente es capaz de retornar a una actividad deportiva exigente, al menos por un tiempo. Entonces cabe preguntarse: ¿es la rotura del LCA el principio del fin de la carrera de un deportista, como se ha sugerido, o la mayoría de los pacientes con esas lesiones puede responder bien al tratamiento conservador y retomar las actividades deportivas sin restricción? Aunque no hay respuestas definitivas a esta pregunta, la información disponible en la bibliografía y la experiencia pueden ayudar a definir cuál va a ser el tratamiento y a seleccionar apropiadamente a los pacientes que responderán bien a una intervención quirúrgica. Además, la identificación de los individuos que corren el riesgo de rotura del LCA, sea por primera vez o de forma repetida, también puede ayudar a prevenir estas lesiones. En este artículo se lleva a cabo una revisión del tema y se trata de ofrecer una orientación para tomar la mejor decisión ante un paciente con rotura del LCA.

Nivel de evidencia clínica: Nivel IV.

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: johmarq57@hotmail.com (W.H. Márquez Arabia).

KEYWORDS

Anterior cruciate ligament;
Non-surgical treatment;
Injury prevention

What is the situation on anterior cruciate ligament tears, treatment, recovery function and long term functional results? Is there any room for non-surgical treatment? Current concepts

Abstract The natural history and treatment of anterior cruciate ligament (ACL) injuries are controversial as the joint becomes less functional after its rupture in some individuals, while in others it remains relatively asymptomatic and the patient is capable of returning to a demanding sports activity, at least for a while. One may then ask: Is the ACL rupture the beginning of the end of an athlete's career, as has been suggested, or can most patients with such lesions respond well to conservative treatment and resume unrestricted sports activities? Although there are no definitive answers to this question, the information available in the literature and experience can help to define what should be the treatment and to appropriately select the patients who would respond well to a surgical intervention. In addition, identifying individuals at risk of ACL rupture, whether first time or repeated, may also help prevent these injuries. In this paper, a review of the subject is presented, and should serve as a guide to make the best decision when an orthopaedic surgeon is faced with a patient with rupture of the anterior cruciate ligament. *Evidence level: IV.*

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología.

Introducción. Historia natural de la lesión del LCA

La raíz del problema en el tratamiento de las lesiones del LCA consiste en el hecho de que las roturas en la sustancia media del LCA en general no curan. Los factores biológicos específicos que pueden contribuir al problema no se entienden claramente. Estudios experimentales llevados a cabo en perros¹ han mostrado que una lesión del LCA creada quirúrgicamente lleva a una respuesta vascular significativa por parte de todo el ligamento; esta respuesta vascular se inicia desde los tejidos blandos que están cerca del ligamento (grasa infrarrotuliana y tejido sinovial). Los estudios también han mostrado que, aunque el LCA es capaz de generar una respuesta vascular a la lesión, la reparación espontánea (o curación por segunda intención) no ocurre. Esto puede ser el resultado del hecho de que la dilución del hematoma por el líquido sinovial previene la formación del coágulo de fibrina y así la iniciación del mecanismo de curación. Otra teoría sugiere que la naturaleza dinámica de las fibras del LCA a través del arco de movimiento inhibe la unión espontánea de estas fibras y, aun con una inmovilización externa con yeso u ortesis, la contracción del músculo cuádriceps desplaza la tibia anteriormente y puede romper el tejido cicatricial.

La verdadera historia natural de la evolución de la rodilla con lesión del LCA ha sido difícil y se ha basado en el seguimiento de los casos en que se ha procedido a tratamiento conservador no quirúrgico. La rotura del LCA es una lesión dolorosa que puede afectar considerablemente al nivel de actividad del paciente y a su calidad de vida. Las roturas completas del LCA pueden provocar muchos problemas crónicos en la rodilla, incluyendo inestabilidad, lesiones meniscales y de la superficie cartilaginosa y osteoartritis. Dos terceras partes de los pacientes con rotura completa del LCA presentan inestabilidad crónica de la rodilla y lesión

secundaria de los meniscos y/o del cartilago articular². La lesión considerable a las estructuras articulares afecta a la función de la rodilla y a menudo fuerza al paciente a disminuir sus niveles de actividad y a cambiar su estilo de vida. Noyes encontró que la rotura del LCA provoca una limitación de moderada a intensa en las actividades de caminar de la vida diaria únicamente en el 31% de los pacientes, en actividades habituales de la vida diaria en el 44% y en actividades deportivas en el 77%³. Además, se ha demostrado que la lesión de las estructuras articulares de la rodilla como consecuencia de las lesiones del LCA y de los meniscos provoca osteoartritis, que puede afectar gravemente a las actividades del paciente y limitar su independencia³.

Se ha reportado la regla de los tercios como base para aconsejar a los pacientes con rotura del LCA, es decir, un tercio de los pacientes compensa adecuadamente y es capaz de continuar con actividades recreacionales; otro tercio es capaz de compensar, pero tiene que renunciar de forma significativa a esas actividades; los del tercio restante evolucionan desfavorablemente y requieren tardíamente la reconstrucción quirúrgica^{4,5}.

Influencia de lesiones asociadas

Lesiones meniscales (asociadas con la lesión del LCA)

Es bien sabido que las lesiones meniscales coexisten con lesiones agudas y crónicas del LCA. Noyes⁶ estudió a pacientes con hemartrosis aguda y encontró que el 62% de los pacientes con rotura del LCA tenían lesión meniscal parcial o completa, y en cambio solo el 25% de las rodillas con hemartrosis y con LCA intacto tenían lesiones meniscales. Otros autores⁷ han reportado resultados similares en su estudio, con el 65% de incidencia de lesión meniscal en rodillas con

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803052>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803052>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)