


ANEXO O.10
GUÍA PARA EL MANEJO DE LESIÓN LIGAMENTO DE RODILLA

	GUIA PARA EL MANEJO DE LESIÓN LIGAMENTOS DE RODILLA Dirección Médica	Página 2 / 4 Versión 01 Fecha: 27/04/10
	Código: G DM CE-10	Emitido a: Procesos misionales

1. FUNDAMENTO

La incidencia de las lesiones de ligamentos de la rodilla en ha aumentado a lo largo de las 2 ultimas décadas, debido posiblemente al mayor grado de actividad de la población de mediana edad, así como a la mayor participación en actividades deportivas de distintos tipos y a distintos niveles. Las lesiones del ligamento cruzado anterior (LCA) continúan generando el mayor interés, dada su frecuencia y el grado de discapacidad que causan cada año más de 200.000 nuevas lesiones del ligamento cruzado anterior. Las mujeres presentan un mayor riesgo de lesión con una exposición similar en deportes como el baloncesto, el fútbol. Aunque la lesión del ligamento cruzado anterior puede ser causada por el contacto, es más frecuente en los deportes que no son de contacto y predomina en ella el mecanismo de planta y pivote o el de detención y salto.

Aproximadamente un 50% de los pacientes con roturas del ligamento cruzado anterior presentan también desgarros de menisco. En las lesiones agudas del ligamento cruzado anterior es más frecuente el desgarrar del menisco externo que el del menisco interno, pero en los desgarros crónicos del ligamento cruzado anterior es más habitual que se vea afectado el menisco interno. Varios estudios recientes sugieren que la denominada clásicamente < triada desdichada >, formada por rotura del ligamento cruzado anterior, rotura del ligamento lateral interno (LLI) y desgarrar del menisco interno, es de hecho menos frecuente que la asociación de rotura del ligamento cruzado anterior, rotura de ligamento lateral interno y desgarrar del menisco externo.

Dado que la mayoría de las lesiones del ligamento cruzado anterior se dan en situaciones en las que no se produce contacto, algunos autores han sugerido que la interfase del zapato-superficie puede contribuir a aumentar la frecuencia de las roturas del ligamento cruzado anterior. En un estudio prospectivo, las roturas del ligamento cruzado anterior fueron alrededor de 3 veces más frecuentes en los jugadores de fútbol americano universitarios que utilizaban diseños de calzado con tacos afilados que en los deportistas que llevaban un calzado del tipo clásico atornillado o del estilo de fútbol.


La lesión del ligamento lateral interno continúa siendo la lesión de ligamento de rodilla más frecuente de forma aislada y es también la lesión que se asocia con más frecuencia a una lesión del ligamento cruzado anterior. Por fortuna, no requiere un tratamiento quirúrgico en la mayoría de los pacientes.

El ligamento cruzado posterior es un ligamento de orientación vertical, que es casi 1,5 veces más resistente que el ligamento cruzado anterior. Constituye la sujeción principal frente a la traslación posterior de la rodilla y la sujeción secundaria frente a la rotación posterolateral, facilita el mecanismo de permanencia en la posición y es importante en la propiocepción de la rodilla. Aproximadamente un 5% de las lesiones de ligamentos de la rodilla en la población general afectan al ligamento cruzado posterior, pero hasta un 60% de las lesiones del ligamento de la rodilla tratadas en departamentos de urgencias afectan al ligamento cruzado posterior.

El ángulo posterolateral está formado por una combinación de estructuras que incluyen la banda iliotibial, el bíceps crural (cuerpo largo y corto), el ligamento lateral peroneal, el complejo poplíteo (tendón, inserción tibial, ligamento popliteoperoneal, inserciones de menisco externo), el complejo arqueado, el ligamento fabeloperoneal, el tercio medio del ligamento capsular y la cápsula articular.

El ligamento popliteoperoneal ha sido identificado como un factor contribuyente importante a la estabilidad posterolateral, tanto en disecciones anatómicas como en estudios de resección. Las lesiones de las estructuras posterolaterales se producen la mayoría de las veces en lesiones del ligamento cruzado posterior (en un 60%), ocasionalmente en lesiones de ligamento cruzado anterior y excepcionalmente en lesiones aisladas.

Elaboró: Pedro González Cargo: Dirección Médica	Revisó: Myriam González Cargo: Dirección General	Aprobó: Lina María Africano Cargo: Facilitadora de Calidad
Fecha elaboración: 26/04/10	Fecha revisión: 27/04/10	Fecha aprobación: 27/04/10

	GUIA PARA EL MANEJO DE LESIÓN LIGAMENTOS DE RODILLA	Página 3 / 4 Versión 01 Fecha: 27/04/10
	Dirección Médica Código: G DM CE-10	Emitido a: Procesos misionales

2. ETIOLOGÍA


Los mecanismos de lesión del ligamento cruzado posterior incluyen la caída al suelo con el pie en flexión plantar (con un golpe en el tubérculo tibial), la contusión posterior directa en la rodilla flexionada (p. Ej., Choque con el salpicadero del coche), la hiperflexión, la hiperextensión, el varo o valgo intenso, las cargas tras el fallo de los ligamentos laterales o las luxaciones de rodilla. Las lesiones de este ligamento pueden verse complicadas por lesiones asociadas del ligamento lateral interno, el ligamento cruzado anterior o el complejo posterolateral. En algunas series, las lesiones aisladas del ligamento cruzado posterior suponen tan sólo un 3,5% de todas las lesiones de este ligamento, aunque es probable que esta cifra sea baja ya que la lesión aislada del ligamento cruzado posterior puede pasar desapercibida. El que el mecanismo de lesión haya sido de baja o de alta energía afecta también al pronóstico a largo plazo y a las recomendaciones de tratamiento. La hemartrosis o la equimosis poplíteas pueden ser manifiestas en una lesión aislada del ligamento cruzado posterior. La percepción de un ruido de pop o de un desgarramiento es infrecuente. Los desgarramientos del ligamento cruzado posterior se asocian a menudo a fracturas de fémur en los traumatismos de accidentes de tráfico (10 a 40% en diversas series de fracturas femorales). Las lesiones del complejo posterolateral pueden deberse a una contusión en la parte antero interna de la tibia o a una lesión de rotación externa con la rodilla extendida y, generalmente, se producen de una manera combinada con una rotura parcial o completa del ligamento cruzado posterior.

3. DIAGNÓSTICO

- Historia clínica: Continúa siendo un factor clave en el diagnóstico de las lesiones del ligamento de la rodilla, ya que permite identificar el mecanismo de producción. La mayoría de las lesiones del ligamento cruzado anterior se asocian a una hemartrosis que se producen en las primeras horas siguientes a la lesión. Casi la mitad de los pacientes que sufren una lesión del ligamento cruzado anterior perciben un ruido de pop audible.
- Examen físico

La exploración de la rodilla que presenta una lesión ligamentosa aguda resulta a menudo difícil en las primeras horas, debido a la tumefacción y el dolor que provocan una defensa. La exploración temprana es ventajosa y es imprescindible la comparación con la rodilla no afectada. En un paciente con una hemartrosis aguda, es frecuente que las pruebas de Lachman y de varo – valgo sean las únicas que pueden realizarse de manera fiable. Es una lesión aguda, cualquier diferencia en la traslación o la percepción de un punto final blando puede indicar un desgarramiento del ligamento. La artrometría instrumentada puede ser útil para facilitar el diagnóstico de una lesión aguda de la rodilla; una diferencia manual máxima de 3 mm o más de un lado al otro es diagnóstica de una rotura del ligamento cruzado anterior. La laxitud se evalúa mediante el aumento de la traslación en comparación con la rodilla no dañada; grado 1, 1 a 5 mm; grado 2, 6 a 10 mm; grado 3, 10 a 15 mm; grado 4, > 15 mm.

El fenómeno de desviación de pivote es diagnóstico de una insuficiencia del ligamento cruzado anterior y refleja la inestabilidad que se debe a una lesión del ligamento cruzado anterior. Existen varias formas de realizar la prueba de desviación de pivote, que consiste en una subluxación anterior de la tibia en extensión con reducción en la flexión. La posición del muslo y la pierna modifica el grado de desviación de pivote. Así, la aducción del muslo o la rotación interna de la pierna tienden a reducir la traslación provocada. Aunque el signo del cajón anterior tiene poco valor para el diagnóstico de la lesión aguda del ligamento cruzado anterior, esta prueba es más útil en los casos de un déficit crónico del ligamento cruzado anterior. La realización de la prueba con la pierna en rotación interna o externa aporta una información adicional sobre los estabilizadores secundarios en los ángulos posterolateral o posteromedial. Al igual que ocurre en la prueba de Lachman, el examinador debe determinar si la traslación anterior constituye una reducción de una tibia con una subluxación posterior. Una abrasión tibial anterior proximal sugiere una lesión del ligamento cruzado posterior, al igual que ocurre con la hiperextensión asimétrica de la rodilla. La posición de reposo de la meseta tibial anterior en relación con los cóndilos femorales durante la prueba del cajón indica si existe una laxitud del ligamento cruzado

	GUIA PARA EL MANEJO DE LESIÓN LIGAMENTOS DE RODILLA Dirección Médica	Página 4 / 4 Versión 01 Fecha: 27/04/10
	Código: G DM CE-10	Emitido a: Procesos misionales

anterior o del ligamento cruzado posterior. Una disminución de la posición de reposo anterior normal de las mesetas tibiales (combadura tibial posterior) sugiere que existe alguna laxitud del plano sagital por la lesión del ligamento cruzado posterior.

Aunque las roturas parciales del ligamento cruzado anterior se han descrito ampliamente en la bibliografía médica, su detección en la exploración física resulta problemática. Algunos autores han sugerido que existe un desgarro parcial si la prueba de Lachman es 2 + o inferior, con un deslizamiento. En un reciente estudio en cadáveres se puso de manifiesto la imposibilidad de identificar mediante exploración clínica la sección parcial (haz anteromedial) del ligamento cruzado anterior.

Los ligamentos laterales se exploran determinado la laxitud en varo y en valgo a una flexión de 0 y 30°. La laxitud en extensión plena implica un desgarro del ligamento lateral completo, con lesión de las fijaciones secundarias, como el ligamento cruzado anterior, el ligamento cruzado posterior y los ángulos posteromedial o posterolateral. La evaluación de la laxitud posterolateral incluye la identificación de los ángulos de muslo-pie asimétricos en rotación externa, mayor 30° de flexión que a 90°, así como las pruebas de desviación de pivote inversa y de rotación externa *recurvatum*

4. CONTROL POSTOPERATORIO

El control postoperatorio se realiza a juicio del médico tratante el cual debe realizarse según los parámetros de estabilidad y particulares de cada fractura a considerar.