

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

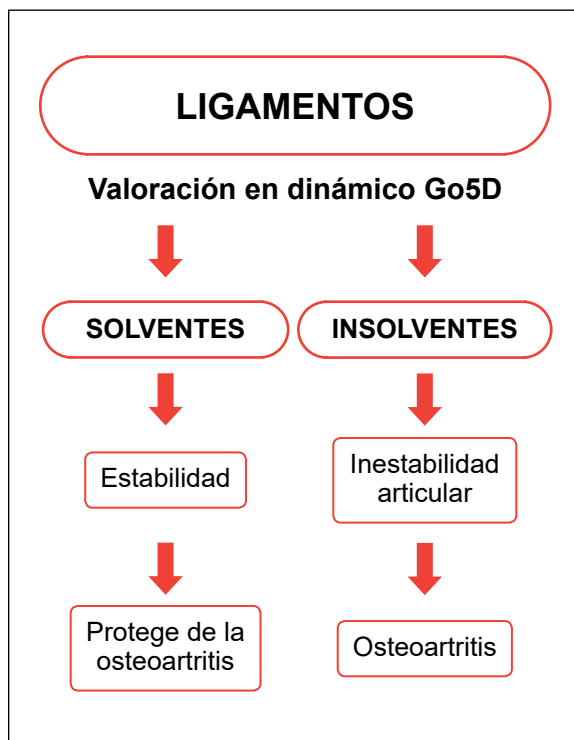
Criteria Médicos del Servicio sustentados por la bibliografía médica Ligamento lateral interno

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

1. Las lesiones de grado I y II del LLI son tratadas siempre de forma conservadora, con movilización temprana y el uso de una férula que permita la flexo extensión pero impida el baro valgo.
2. Las lesiones de grado III, cuando son aisladas, la tendencia es tan bien a tratarlas de forma conservadora. Si se producen asociadas a otras lesiones ligamentosas de la rodilla, tratamos primero de forma conservadora la lesión ligamentosa interna para, en un segundo tiempo, abordar el tratamiento de las lesiones asociadas.
3. En las lesiones ligamentosas que se producen en su tercio medio, donde está unido al menisco interno, hemos de descartar cuidadosamente que no exista lesión meniscal asociada.

En nuestro nuestro servicio, la exploración clínica es el método más fiable para el diagnóstico de las lesiones del LLI.

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.

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

Aashish V. Jog, MD; Tyler J. Smith, DO; Paul S. Pipitone, DO; Behnaz C. Toorkey, MD Craig D. Morgan, MD; Dr. Arthur R. Bartolozzi

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 una rotura parcial del ligamento cruzado anterior (LCA) es verdaderamente parcial en términos de lesión vascular.

Métodos

Este estudio de cohorte prospectivo y 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, una resonancia magnética y una evaluación artroscópica. En pacientes con desgarros parciales del LCA, se resecó 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.

1 CRITERIO DEL SERVICIO: Reconstrucción del ligamento colateral medial en pacientes con inestabilidad medial de la rodilla. Una revisión sistemática.

Reconstrucción del ligamento colateral medial en pacientes con inestabilidad medial de la rodilla. Una revisión sistemática.

Antonios N. Varelas,^{*†} BA, Brandon J. Erickson,[‡] MD, Gregory L. Cvetanovich,[‡] MD and Bernard R. Bach Jr,[‡] MD - Investigation performed at Rush University Medical Center, Chicago, Illinois, USA

Resumen

La lesión del ligamento lateral interno es la más frecuente en las lesiones de los ligamentos de la rodilla, **raramente requiere tratamiento quirúrgico**. Una sistemática revisión de 10 estudios, que incluyen 275 rodillas ha reportado una mejoría importante en todos los parámetros de estabilidad de la rodilla cuando se ha tratado la lesión del ligamento lateral interno.

2 CRITERIO DEL SERVICIO: Reconstrucción del ligamento colateral medial en pacientes con inestabilidad medial de la rodilla. Una revisión sistemática.

Vuelta al juego después de la lesión de ligamento lateral interno. Una revisión sistemática.

Christopher Kim, Patrick M. Chasse, Dean C. Taylor

Puntos clave

1. Las lesiones de grado I y II del LLI dan excelentes resultados con el tratamiento no quirúrgico y la adecuada rehabilitación. El tratamiento de las lesiones aisladas de grado III permanece controvertido. Han sido presentados resultados excelentes tanto en tratamientos quirúrgicos como conservadores
2. La rehabilitación de las lesiones de LLI tratadas de forma conservadora anima a una recuperación rápida del rango de movimiento ROM y una progresión de las actividades que se toleren bien.
3. Es posible para atletas con lesiones de grado I y II de ligamento lateral interno volver a jugar entre 1 y 4 semanas después de la lesión. Los atletas con grado III de lesión del LLI tratados de forma conservadora podrían volver al juego entre la 5 y 7 semana de la lesión, sin embargo, cuando son tratados de forma quirúrgica se requiere alrededor de 6 a 9 meses.
4. En cualquier caso, la vuelta al juego no debe estar exclusivamente basada en el número de semanas transcurridas desde la lesión, se deben tener en cuenta también otros criterios.

3 CRITERIO DEL SERVICIO: Revisión de las lesiones del LLI de la rodilla.

Revisión de las lesiones del LLI de la rodilla.

Kyle Andrews^{a,*}, Alex Lub, Lucas Mckean^b, Nabil Ebraheima ^a Department of Orthopaedics, University of Toledo Medical Center, Toledo, OH, United States ^b The University of Toledo, United States

El LLI es uno de los estabilizadores más importantes de la rodilla. Su lesión es la más común en la rodilla de los atletas

estando presente en el 7,9 por ciento de todas las lesiones de rodilla.

El LLI tiene una anatomía compleja, con varias capas y múltiples inserciones y funciones.

Los traumatismos menores lesionan las capas superficiales, pero los traumatismos importantes pueden afectar también a las capas profundas.

La historia y el examen clínico son a menudo suficientes, pero se recomienda el uso de la resonancia magnética.

La mayoría de las lesiones de LLI pueden tratarse de forma conservadora, con rehabilitación temprana, pero las lesiones más importantes a menudo requieren cirugía.

Un profundo conocimiento de la estructura del LLI y de sus lesiones asociadas es esencial para el diagnóstico y el tratamiento.

4 CRITERIO DEL SERVICIO: Tratamiento quirúrgico de las lesiones del LLI y de la esquina postero-interna de la rodilla. Una revisión sistemática.

Tratamiento quirúrgico de las lesiones del LLI y de la esquina postero-interna de la rodilla. Una revisión sistemática.

Surgical repair of medial collateral ligament and posteromedial corner injuries of the knee. A systematic review

Jeffrey M. DeLong, B.S, and Brian Waterman M.D

Conclusiones

Una revisión sistemática ha demostrado que la reparación del LLI y la esquina postero interna de la rodilla tienen un tratamiento muy aceptable, mejorando la estabilidad en valgo de la rodilla y reportando una tasa baja de recaídas. Sin embargo, las técnicas de reparación cambian significativamente dependiendo del tiempo transcurrido de la lesión y de la extensión de las lesiones ligamentosas. Una selección apropiada de los pacientes es muy importante para determinar el tratamiento.