

Criterios Médicos del Servicio

SUSTENTADOS POR LA BIBLIOGRAFÍA MÉDICA

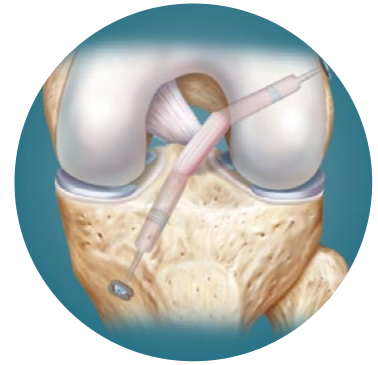
Ligamento Cruzado Anterior en el Niño



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 a 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 esta 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.

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.



ÍNDICE

1. | Prevención, tratamiento y rehabilitación.
2. | Riesgo de lesiones secundarias en jóvenes atletas después de la reconstrucción del LCA.
3. | Reconstrucción pediátrica del LCA.
4. | Lesiones del LCA en niños y adolescentes.
5. | Rehabilitación de la cirugía LCA en niños.

Pulsa sobre cada capítulo para acceder a su contenido.



1 | Prevención, tratamiento y rehabilitación

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

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 cartilagosas.

En la actualidad, se favorece la reconstrucción temprana para proteger cartílago 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.

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

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.



3 | Reconstrucción pediátrica del LCA

Reconstrucción pediátrica del ligamento cruzado anterior

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.

4 | Lesiones del LCA en niños y adolescentes

Lesiones del LCA en niños y adolescentes

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

Puntos clave

1. Las lesiones del LCA en jóvenes y adolescentes tienen en la actualidad una frecuencia cada vez mayor.
2. El crecimiento y, en consecuencia, los cartílagos de crecimiento abiertos son un problema para el tratamiento de las lesiones de los niños y adolescentes.
3. El tratamiento conservador produce un daño progresivo en los meniscos y en los cartílagos con cambios artrósicos crecientes en la articulación.
4. Existen muchas técnicas para la reconstrucción del LCA en niños y adolescentes con cartílagos de crecimiento abiertos.



5 | Rehabilitación de la cirugía LCA en niños

Rehabilitación siguiendo las roturas del ligamento cruzado anterior en niños

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.

