

Reconstrucción del LCA

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano ortopédico del Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a la lesión específica de su rodilla. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su consulta, tomamos su historial clínico, examinamos su rodilla y, si es necesario, solicitamos estudios de imagen. Estudios como la resonancia magnética son útiles para confirmar la rotura del ligamento cruzado anterior, ese conjunto de tejido dentro de la rodilla que impide que la tibia se desplace demasiado hacia adelante.

El ligamento cruzado anterior no puede curarse por sí solo; por eso, la reconstrucción consiste en sustituirlo por un nuevo fragmento de tendón. Por lo general, recomendamos esta operación a personas jóvenes o muy activas, así como a quienes experimentan inestabilidad en la rodilla. El tratamiento se adapta a su edad, nivel de actividad, grado de inestabilidad de la rodilla y cualquier otra lesión que presente. Muchas personas primero intentan la fisioterapia para recuperar el movimiento y fortalecer los músculos del muslo; la cirugía se realiza cuando esto no produce mejoría suficiente. El objetivo es lograr una rodilla estable, de modo que pueda moverse y mantenerse activo sin que se le “flojee” la articulación.

Antes de la operación

En las semanas previas a la cirugía, trabajará con un fisioterapeuta para estirar y doblar la rodilla por completo, así como para fortalecer los músculos del muslo. Realizar estos ejercicios previamente facilita una recuperación más fluida después de la operación. También se le realizarán estudios de imagen para planificar la cirugía, como radiografías o resonancias magnéticas. El día de la intervención, no debe ingerir alimentos durante siete horas antes; pedimos este tiempo algo mayor que las seis horas habituales para poder adelantar su cirugía si el orden de intervenciones lo permite. Su cirujano le indicará qué medicamentos debe suspender. Organice que alguien lo lleve a casa y lleve consigo una lista de los fármacos que toma actualmente. Use ropa holgada y cómoda. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesiista.

El día de la intervención

Llega a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registrará y preparará para la cirugía. Conocerá al anestesta, el médico encargado de sedarlo y mantenerlo cómodo durante la operación. Esta intervención se realiza bajo anestesia general. En ocasiones, se añade un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesta hablará con usted al respecto ese mismo día.

A continuación, se le lleva al quirófano, donde se realiza la operación. Después, despierta en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilan mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que se estabiliza, según el tipo de intervención y su evolución postoperatoria, se le traslada a una sala de hospitalización o se le permite volver a casa el mismo día.

Qué implica la operación

La reconstrucción consiste en sustituir el ligamento roto por un nuevo trozo de tendón, llamado injerto. El injerto puede provenir de su propio cuerpo, generalmente de la parte frontal de la rodilla o de los tendones isquiotibiales en la parte posterior del muslo; también puede ser tejido de donante. Su cirujano elegirá el injerto que mejor se adapte a su rodilla, a su edad y a las actividades a las que desea volver a dedicarse.

La operación se realiza mediante pequeñas incisiones alrededor de la rodilla, utilizando una cámara delgada llamada artroscopio, que permite al cirujano observar el interior de la articulación. Se confirma la rotura del ligamento y se examina la rodilla para detectar cualquier otro daño, como un desgarro de cartílago. Se perforan pequeños túneles en la tibia y en el fémur, y el nuevo injerto se pasa a través de ellos para colocarse en el lugar donde antes estaba el ligamento roto. Posteriormente, el injerto se fija con tornillos o botones mientras se integra al hueso.

Las incisiones se cierran con puntos de sutura y se cubren con un vendaje. Se le entregarán instrucciones por escrito sobre cómo cuidar las heridas antes de que regrese a casa.

En algunos casos, las roturas pueden repararse en lugar de reconstruirse; sin embargo, esto solo es viable para un pequeño grupo de pacientes, generalmente aquellos en los que el ligamento se ha desprendido limpiamente del hueso y la calidad del tejido es buena. Su cirujano le indicará si la reparación es una opción para usted.

Después de la operación

Al despertar del efecto de la anestesia, se encontrará en la sala de recuperación; una vez que su estado sea estable, será trasladado a una habitación o se le permitirá ir a casa. Su equipo médico le informará si podrá regresar a casa el mismo día o si deberá permanecer una noche en el hospital. Las enfermeras se asegurarán de que se sienta cómodo y le administrarán analgésicos según sea necesario. Su rodilla contará con un vendaje sobre las heridas; es posible que use un vendaje de soporte en lugar de una férula. La mayoría de los pacientes, el mismo día de la cirugía, se ponen de pie y dan unos pasos con la ayuda de un andador o muletas, bajo la supervisión de un fisioterapeuta. Por favor, organice que alguien permanezca con usted durante las primeras 24

horas después de llegar a casa. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; no lo retire antes de ese plazo, a menos que se lo indiquemos. Lo cambiaremos o lo retiraremos cuando vengamos a verle.

Recuperación

Los primeros días se centran en el confort y en realizar movimientos suaves. La rodilla estará adolorida e hinchada; además, podría sentirse caliente al tacto. El descanso, el hielo y los analgésicos recetados por el equipo médico son de gran ayuda. Mantenga la pierna elevada cuando esté sentado o acostado. La hinchazón suele alcanzar su punto máximo en los primeros días y luego disminuye gradualmente durante las semanas siguientes.

Poco después de la cirugía, consultará a un fisioterapeuta, con quien seguirá trabajando a medida que su rodilla se recupera. Los ejercicios iniciales se enfocan en estirar completamente la rodilla, doblarla un poco más cada día y reactivar los músculos del muslo. Para caminar, se utilizarán muletas o un andador; deberá apoyar peso en la pierna según las indicaciones del fisioterapeuta. Es posible que le coloquen un vendaje de soporte en lugar de una rodillera. Una vez que se sienta estable, podrá realizar la mayoría de las actividades en casa: moverse por la casa, preparar comidas y subir y bajar escaleras con cuidado. Evite girar, pivotar o arrodillarse hasta que su rodilla esté lista.

A medida que la hinchazón disminuye y recupera la movilidad, los ejercicios se vuelven más exigentes. Fortalecerá los músculos del muslo y practicará el equilibrio y el control corporal. En etapas posteriores, se preparará para volver a realizar las actividades que desea, como correr, saltar o cambiar de dirección. Algunas personas también completan un programa estructurado de retorno al deporte, además de la fisioterapia habitual, antes de obtener autorización para practicar deportes sin restricciones.

La recuperación varía de una persona a otra. Su cronograma podría ser distinto; su cirujano y fisioterapeuta lo guiarán en cada fase.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden presentarse problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier incidencia a tiempo.

Rigidez en la rodilla. Algunas personas desarrollan rigidez que limita el grado de flexión o extensión de la rodilla. Puede notar que la rodilla parece “bloqueada” o que no se extiende por completo, incluso haciendo esfuerzo. Realizar los ejercicios indicados y recuperar el rango de movimiento completo antes de la cirugía reduce este riesgo. Informe a su fisioterapeuta o llame a la clínica si la rodilla no se extiende.

Infección. Es poco frecuente, pero debe estar atento a un dolor profundo y palpitante que no mejora con analgésicos comunes, enrojecimiento que se extiende desde la herida, o sensación de fiebre y malestar general. La rodilla puede volverse caliente, hinchada y muy sensible. Si observa alguno de estos signos, llame de inmediato a la clínica o acuda a urgencias. La infección se trata mediante lavado articular y antibióticos; con frecuencia el injerto puede permanecer en su lugar.

Desgarro nuevamente del ligamento nuevo. El injerto puede desgarrarse, tal como ocurrió con el ligamento original. Esto suele suceder al girar bruscamente o al caerse; se siente como si la rodilla “cediera” de nuevo, a menudo acompañado de hinchazón. En tal caso, comuníquese con la clínica. Es posible realizar una segunda intervención para reconstruir el ligamento, aunque la recuperación suele ser más lenta y los resultados no son tan predecibles como en la primera cirugía.

Lesión del ligamento en la otra rodilla. El ligamento de la otra rodilla también puede desgarrarse, especialmente en personas jóvenes que regresan a la práctica deportiva. Proceder con calma en el programa de retorno al deporte protege ambas rodillas.

Dolor en la parte frontal de la rodilla. Si el injerto se tomó de la parte frontal de la rodilla, esa zona puede permanecer adolorida, sobre todo al arrodillarse; además, la musculatura del muslo puede tardar más en recuperar fuerza. Mencione esto en su revisión si le causa limitaciones.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas típicas, por si desea conocer los datos específicos.

¿Cuándo deben llamarnos?

La mayoría de los problemas aparecen en las primeras etapas, y preferimos enterarnos de ellos lo antes posible. Llámenos si tiene fiebre, si la piel alrededor de la herida se pone más roja o comienza a segregar líquido, o si la rodilla se calienta, se hincha y le duele cada vez más. Acuda a urgencias si experimenta un dolor intenso y repentino, hinchazón en la pantorrilla o dificultad para respirar, ya que estos síntomas pueden indicar la presencia de un coágulo sanguíneo. Asimismo, acuda a urgencias si su pierna se entumece, se siente fría o cambia de color, o si no puede moverla.