

El ligamento cruzado anterior (LCA) de mi rodilla está roto: ¿Qué hago?

Como recordatorio de la anatomía del LCA os invito a nuestras publicaciones previas en MARCA o a visitar nuestra web, donde las podréis encontrar, con imágenes detalladas.

Como curiosidad, recordar que la probabilidad de que una mujer se rompa el ligamento cruzado anterior, practicando el mismo deporte que un hombre, es entre 2 y 8 veces superior, posiblemente por la diferente anatomía de la pelvis y rodilla y el estado hormonal durante el ciclo menstrual. Una vez que tu traumatólogo especialista en rodilla te haya diagnosticado de rotura de LCA, surge la siguiente cuestión:

¿Me debo operar? La clínica es la que “manda”. Es decir, si tu rodilla es inestable es conveniente operarte. En mayores de 45 años ha de matizarse la indicación en función del grado de actividad física o de la profesión.

A aquellos que opten por no operar deben saber que el LCA no se autorrepara, que deben disminuir su actividad física (evitar deportes de contacto, con cambios de dirección y de giro en su rodilla.) y ante cualquier manifestación clínica de inestabilidad deberían operarse. Además hay que saber que en el 80% de los pacientes con un ligamento cruzado roto y no operado, a los 15 años se presentan signos degenerativos importantes, con lesiones meniscales y cartilaginosas, y que casi en la mitad de los casos, van a padecer en este tiempo alguna cirugía en su rodilla.



Localización del LCA

Una vez decidida la cirugía de recambio, se plantean otras cuestiones;

¿Cuándo me opero? No hay un consenso, pero todos los estudios científicos indican que es conveniente realizar la intervención quirúrgica cuando haya desaparecido la inflamación y el arco de movilidad de la rodilla sea completo, esto suele ocurrir a partir de la tercera semana del accidente.

¿En qué consiste la operación? Toda la intervención se realiza por artroscopia (a través de unos pequeñas incisiones), con el lesionado consciente y viendo la intervención en un monitor (en nuestro caso) y yéndose a casa con una venda y caminando. En la cirugía se sustituye el LCA roto por uno nuevo que se hace con tendones, estos puede ser:

- **Autólogos:** son del propio paciente.
- **Aloinjerto:** provienen de otra persona (cadáver)

Los injertos sintéticos o de animales se usaban, pero están en desuso.

Cualquiera de las 2 opciones previamente descritas, tienen ventajas e inconvenientes. Los estudios comparativos realizados hasta la fecha no encuentran diferencias clínicas y se podría decir que no existen razones consistentes para prescribir ninguno de los dos y que la utilización de uno u otro dependerá de las características individuales del lesionado, de la experiencia del cirujano, la situación económica y la disponibilidad de injertos en los bancos de tejidos. Esto es debido a que según elijamos un injerto u otro, existirá mayor o menor riesgo de iatrogenia, molestias postquirúrgicas de la zona donante, infección, biocompatibilidad, será más o menos caro el proceso y más o menos duradero. Mi consejo como casi siempre, es que confíes en el criterio de tu traumatólogo especialista en rodilla, que seguro que te ofrecerá la mejor opción, tanto si está indicado o no operarte, como la técnica a realizar y el injerto a poner.

En un par de semanas os contaré en qué consiste el postoperatorio, cuándo hacer deporte nuevamente y todas esas dudas que ahora mismo te estás planteando y no hay espacio para comentar.



Dr. Emilio L. Juan García

Médico Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología
Director del Instituto Aragonés de la Rodilla (INAROD)

www.larodilla.es 976 23 16 16



Dra. Luisa Usón Bouthelier

www.comersano.info

Máster en Dietética y Nutrición
Médico de Familia

Análisis corporal
Educación nutricional
Dietas personalizadas

Dietética y nutrición
C/ Felipe Sanclemente, 15 1º 50001 Zaragoza

976 23 16 16