

Reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA) y exploración del resto de la rodilla

1. Identificación y descripción del procedimiento

El ligamento cruzado anterior es una potente estructura ligamentosa en forma de cordón cruzado que se encuentra en el centro de la articulación de la rodilla, entre la tibia y el fémur. Proporciona estabilidad frente a movimientos en el sentido antero-posterior y rotaciones de la rodilla. Debido a que este ligamento tiene una mínima capacidad de curación, cuando se rompe de forma completa, no puede esperarse su curación espontánea, por lo que precisa su sustitución para recuperar la función perdida. La sustitución del LCA por otra estructura que realice idéntica función, recibe el nombre de ligamentoplastia, y la estructura que puede ser utilizada para sustituir al ligamento dañado, podrá ser orgánica, dependiendo de si procede de ser vivo, o de fabricación artificial. En la mayoría de los casos, se utilizarán tendones humanos, con o sin fragmentos óseos en sus extremos. Son tomados del propio paciente, según se haya informado previamente, o de donantes multiorgánicos (igualmente informados y donde se añade un documento de aceptación como receptor de tejidos biológicos homólogos). En pocas ocasiones la lesión del LCA es aislada, por lo que puede ser necesaria una evaluación quirúrgica de lesiones asociadas de los ligamentos, meniscos y cartílago articular.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

El propósito principal de la intervención de reconstrucción del ligamento cruzado anterior será la reparación o sustitución del mismo, así como de las lesiones asociadas que pudieran ser reparadas, con el fin de dotar a la rodilla de la estabilidad perdida. En todos los casos se intenta obtener una rodilla lo más estable posible, funcionalmente mejor que la provocada por la lesión de los elementos estabilizadores en el traumatismo. Sin embargo, incluso en el mejor de los casos no suele quedar exactamente igual que antes del accidente.

De todos modos, la sensación de fallo, sobre todo al bajar pendientes y escaleras, caer después de un salto y a los giros suele desaparecer casi por completo. La recuperación completa de este tipo de intervención puede oscilar entre 4 y 12 meses, según las lesiones asociadas y el tipo de actividad del paciente.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

No es necesario intervenir quirúrgicamente todas las roturas de este ligamento. En general, a menor edad, mayor sintomatología y mayor actividad (deportes de contacto o trabajos que impliquen planos de sustentación irregulares) mayor indicación de cirugía. Si los síntomas son poco acusados, el paciente tiene más de 35-40 años y su actividad física no implica giros imprevistos, terreno irregular o deportes de contacto, es posible indicar un programa de rehabilitación específico y una rodillera para actividades concretas. De todos modos si los fallos aumentaran o se produjeran derrames en la rodilla sería conveniente realizar la intervención quirúrgica.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Una ligamentoplastia reconstruye el ligamento roto utilizando otra estructura que no es exactamente un ligamento. Por ello, no debemos esperar una rodilla exactamente igual que antes del accidente, pero si una mejoría importante en la estabilidad y seguridad en la misma.

5. Consecuencias previsibles de la no realización

Si existen escasos síntomas se debe a la compensación de la insuficiencia del LCA por otras estructuras de la rodilla. Pero dichas estructuras no están preparadas para esta función. Por ello, y si la actividad física del paciente es importante, se producirán episodios de sinovitis, rotura de los meniscos y lesiones del cartílago articular de cóndilos femorales y rótula. Si el paciente no cambia de forma estricta sus hábitos de vida (y en ocasiones aunque lo haga), es probable que necesite ser intervenido de los meniscos y, lo que es peor, que aparezca artrosis. La no realización de la intervención conlleva el riesgo de progreso de la enfermedad e incluye la posibilidad de requerir una intervención de urgencia, en peores condiciones del paciente y por lo tanto con mayor riesgo quirúrgico.

6. Riesgos frecuentes:

Además, la lesión del ligamento suele asociarse a lesiones de otras partes de la rodilla. Por ello, y como cualquier otra cirugía, pueden aparecer complicaciones. La frecuencia de dichas complicaciones puede variar con la técnica empleada y el tipo de paciente.

- Complicaciones frecuentes (5-10%)
 - Sinovitis (derrames de líquido en la articulación) de repetición
 - Rigidez o pérdida de movilidad en la articulación de la rodilla
 - No obtención de una estabilización adecuada de la rodilla.
 - Dolor o molestias en zona donante (cara anterior rodilla o detrás del muslo-rodilla)

7. Riesgos poco frecuentes:

- Complicaciones poco frecuentes (1-5%):
Infección de la herida operatoria.
Distrofia simpático-refleja o enfermedad de Södeck (dolor y tumefacción difusos en rodilla y pierna sin una causa aparente que lo justifique).
Flebitis o tromboflebitis.
- Complicaciones infrecuentes (<1%):
Hemorragia masiva por afectación de un gran vaso, que en algunos casos puede llevar a la amputación del miembro y ocasionar la muerte.
Lesión o afectación de los nervios adyacentes que podrán ocasionar trastornos sensitivos y/o motores permanentes, bien por la cirugía en sí o por la utilización del manguito de isquemia.
Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención.
Problemas vásculo-nerviosos secundarios.
Trombosis venosa profunda, que puede dar lugar en el peor de los casos a embolismo pulmonar y muerte.

Una intervención quirúrgica puede asimilarse a un viaje en automóvil. Todos los días subimos a un vehículo sabiendo que no hay garantía completa de que llegaremos indemnes a nuestro destino. Pero la probabilidad de un accidente es lo suficientemente baja para que no estemos constantemente pensando en ello. Así, de forma resumida, podemos decir que durante la cirugía puede aparecer cualquier complicación no detallada aquí por extraña que parezca, pero es muy poco probable que esto ocurra.

8. Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad. Para disminuir éstas, es necesario que el paciente advierta al médico sobre sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiovasculares, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia agravante.

9. Declaración de consentimiento

Don/Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____, DNI _____

Don/Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____, en calidad de (representante legal, familiar o allegados de la paciente) _____ con DNI _____

Declaro:

Que el Doctor/a _____ me ha explicado que es convenientemente/necesario, en mi situación la realización de _____ ..

En _____ .año _____ .de _____ .20

Fdo.: Don/Doña _____ DNI _____

Fdo.: Dr/Dra _____ Colegiado nº: _____

9. Revocación de consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ de _____ y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizada.

En _____ .año _____ .de _____ .20

Fdo. Médico
Colegiado nº: _____

Fdo. Paciente