

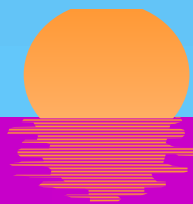


**LESIONES  
CAPSULOLIGAMENTARIAS  
DE LA RODILLA + IVA.**

**MITOS Y REALIDADES**

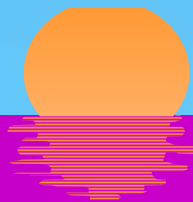
# ¿QUE HAY DE NUEVO?

- ♦ Se tiende a no inmovilizar.
- ♦ Trabajos científicos que nos instruyen sobre la cicatrización ligamentaria.
- ♦ Técnicas quirúrgicas más firmes.



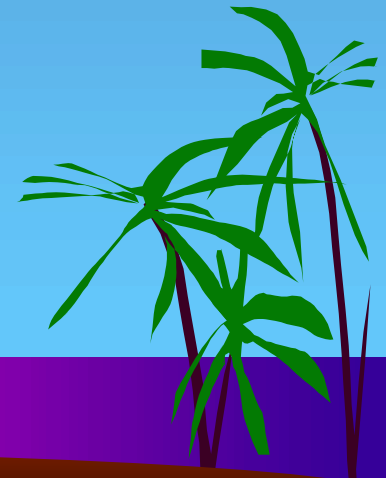
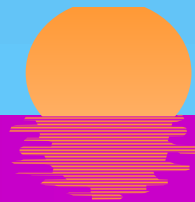
# RODILLA AGUDA

- **Mito:** Dolor e inflamación = gravedad.
- **Realidad:** En la etapa aguda el dolor y la tumefacción suelen ser paradójicos.
- El esguince duele mucho y la ruptura poco....
- Un pellizco meniscal inflama mucho y una ruptura del LCP poco o nada.



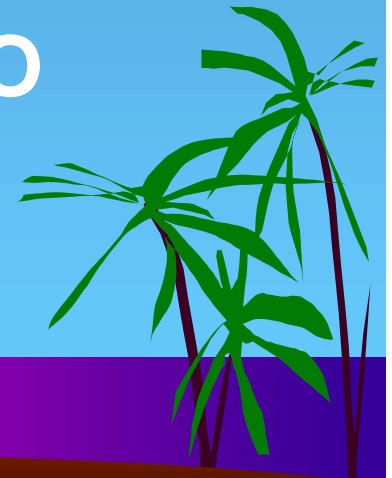
# RODILLA AGUDA

- ♦ **MITO:** INMOVILIZAR CON YESO LA RODILLA AGUDA.
- ♦ **REALIDAD:** NUNCA ENYESAR UNA RODILLA EN AGUDO.
- ♦ ES LA MEJOR MANERA DE OCULTAR EL DIAGNÓSTICO.



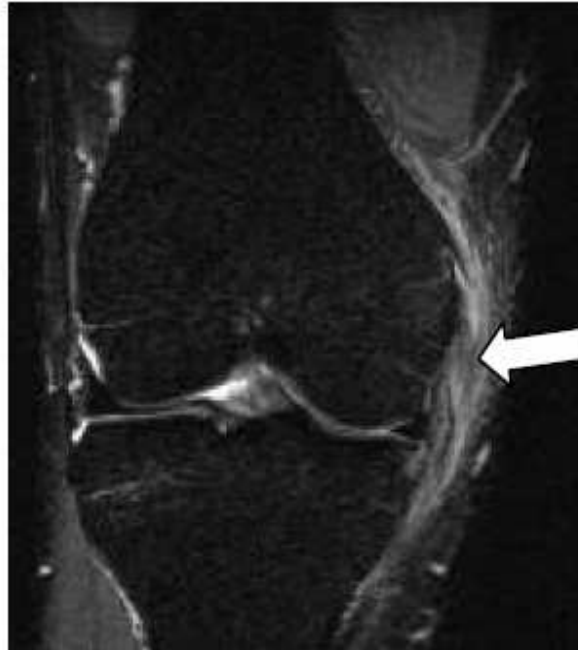
# LESIONES AGUDAS

- ♦ **GRADO 1:** ESGUINCE O LESION MICROSCOPICA.
- ♦ **GRADO 2:** MODERADO. ROTURA O DESINSERCION PARCIAL.
- ♦ **GRADO 3:** GRAVE. ROTURA O DESINSERCION TOTAL.





Grado 1



Grado 2

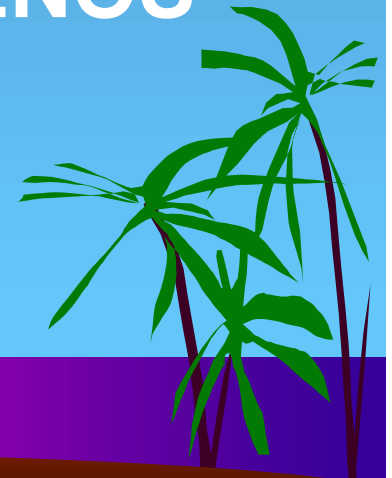


Grado 3



# GRADO 1 - ESGUINCE

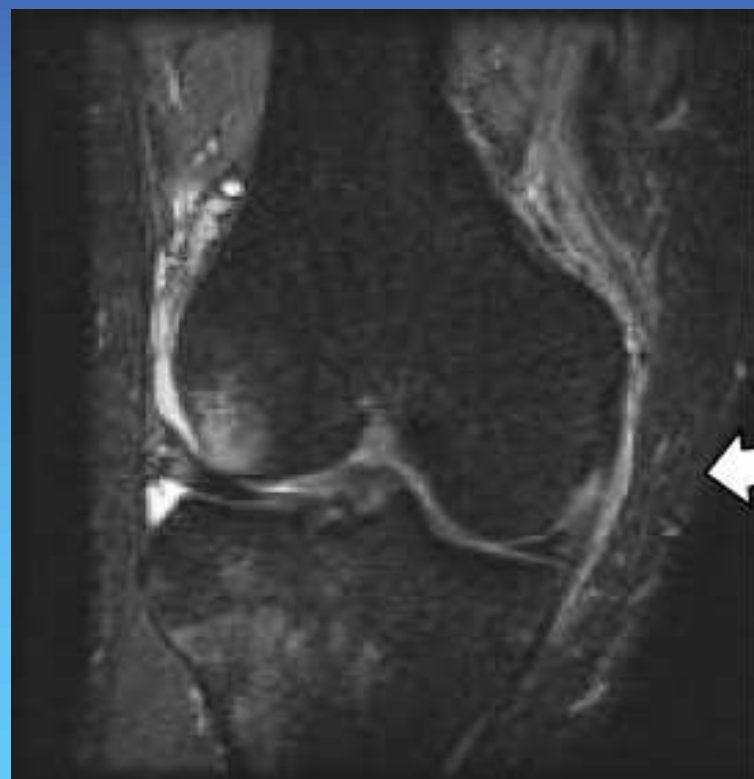
- ♦ **DISTENSION EN UN 5% MAS DE SU CAPACIDAD DE ESTIRAMIENTO.**
- ♦ **MACROSCOPICAMENTE:  
LIGAMENTO INTACTO.**
- ♦ **MICROSCOPICAMENTE: PEQUEÑOS PUNTOS HEMORRAGICOS Y DESGARROS MINIMOS.**



# GRADO 1 - ESGUINCE

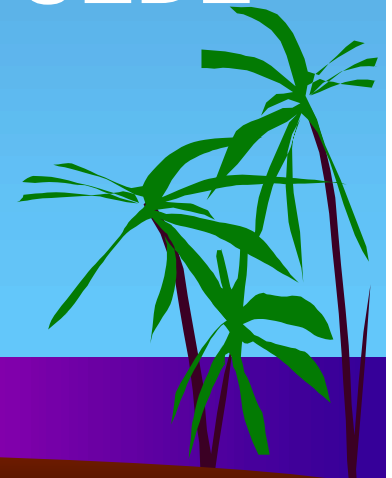
## TRATAMIENTO

- ◆ NO INMOVILIZAR.
- ◆ ENTRENAMIENTO CONTROLADO.
- ◆ FISIOKINESIA.
- ◆ EN 7 A 10 DIAS JUEGA.



# GRADO 2 - MODERADO

- ♦ HAY CONTINUIDAD GLOBAL DEL LIGAMENTO.
- ♦ EQUIMOSIS CON ZONAS EDEMATOSAS.
- ♦ SEGÚN LA CANTIDAD DE FIBRAS Y EL LIGAMENTO COMPROMETIDO PUEDE HABER SEMIOLOGIA +.
- ♦ HAY PUNTO FINAL.



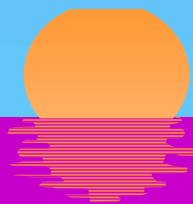
# GRADO 2 - MODERADO TRATAMIENTO

- ♦ OPERAR O NO OPERAR ES LA CUESTION.
- ♦ NOSOTROS SOMOS SIEMPRE CONSERVADORES.
- ♦ LOS PROFESIONALES TIENEN UNA CAPACIDAD DE RECUPERACION INCREIBLE.



# GRADO 3 - GRAVE

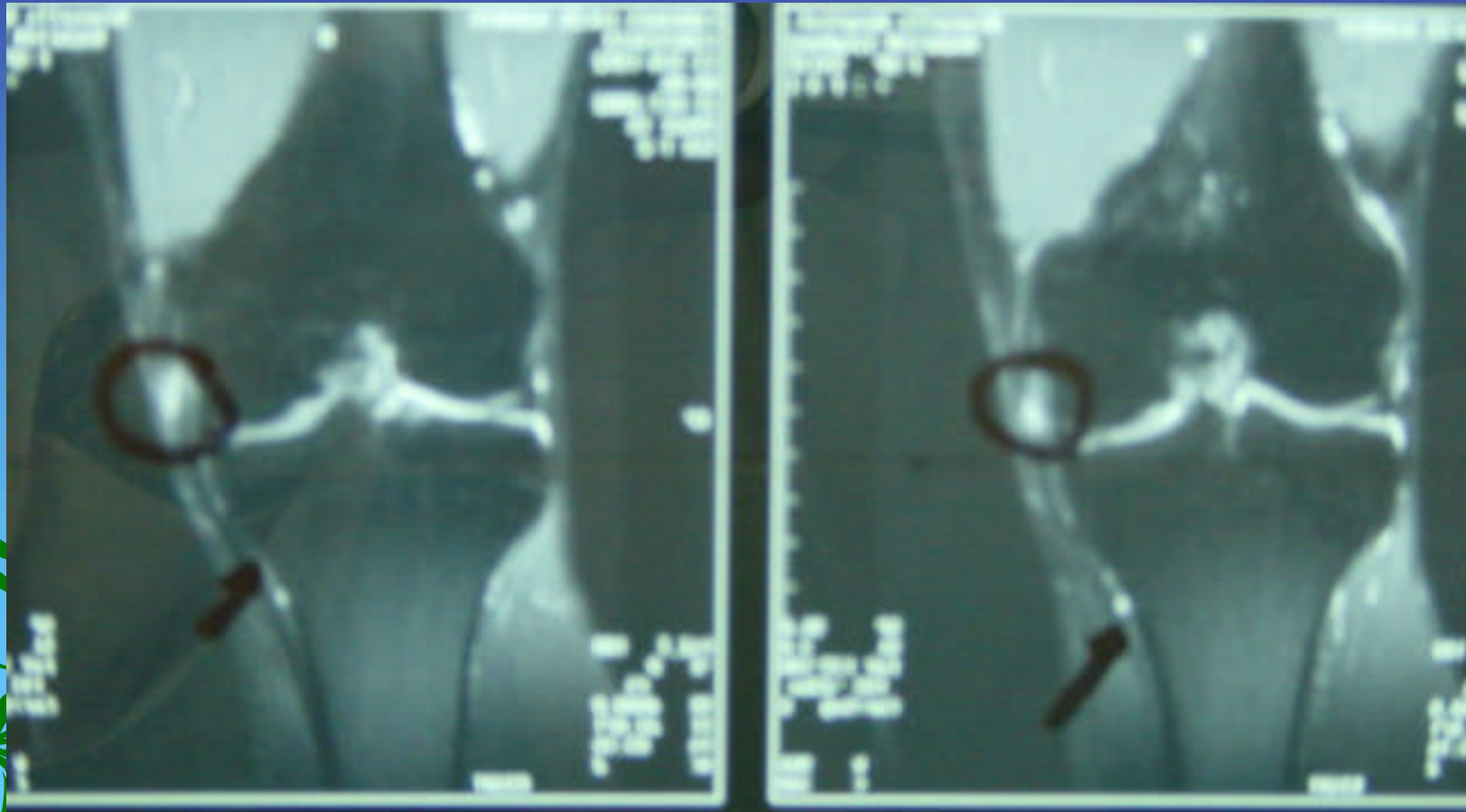
- ♦ HAY DISRUPCION COMPLETA DE LA CONTINUIDAD LIGAMENTARIA.
- ♦ LOS DESGARROS PUEDEN BLOQUEAR LA RODILLA POR INTERPOSICION.
- ♦ IMPOTENCIA FUNCIONAL.
- ♦ SEMIOLOGIA +.
- ♦ NO HAY PUNTO FINAL.

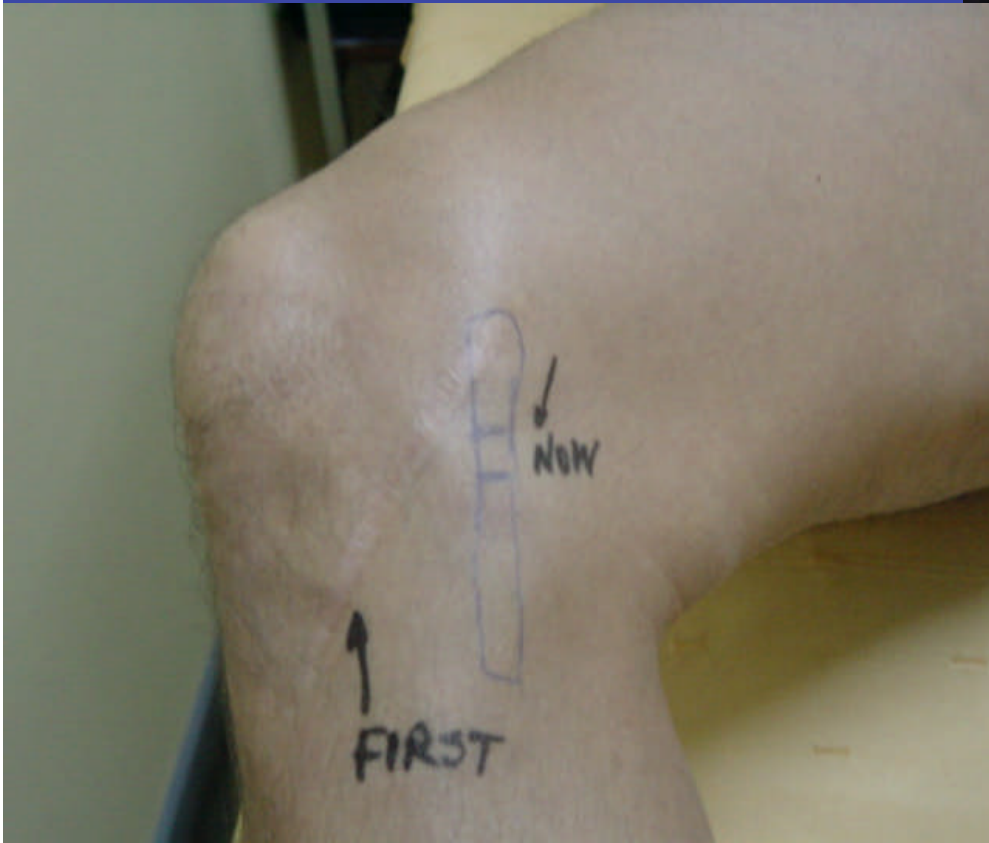


# Vista artroscópica y cirugía a cielo abierto

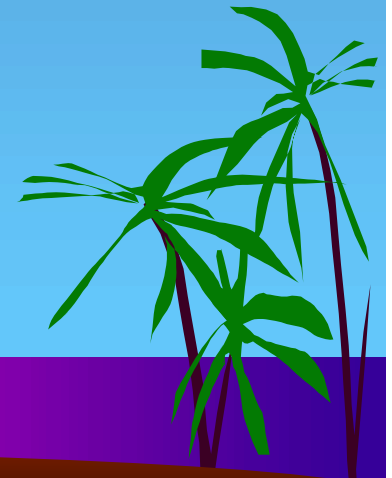
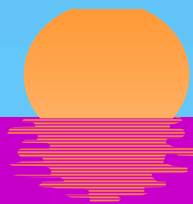


- ◆ **Lesión crónica del ligamento medial**



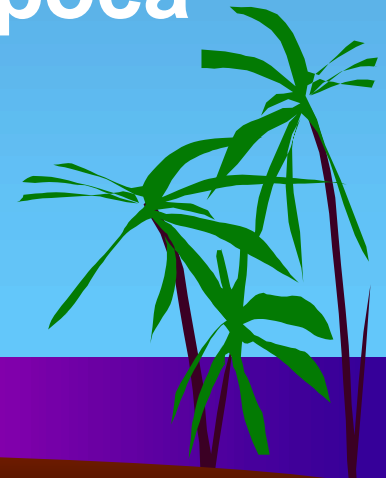
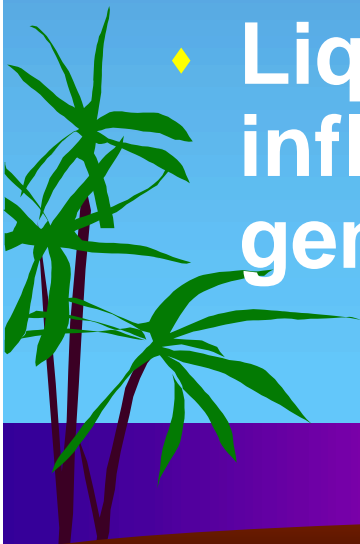



- ♦ **MITO:** UNA BUENA CIRUGIA DE RODILLA ESTABILIZA.
- ♦ **REALIDAD:** UNA BUENA CIRUGIA FRACASA SI NO SE RECUPERA ADECUADAMENTE EL MUSCULO.



# MITO CASI REALIDAD

- ♦ **Sangre en la rodilla es ligamento cruzado anterior hasta que no se demuestre lo contrario.**
- ♦ **Liquido sinovial es compromiso meniscal . . . . .**
- ♦ **Liquido serosanguinolento con poca inflamación de rodilla y edema gemelar; sospechar del LCP.-**

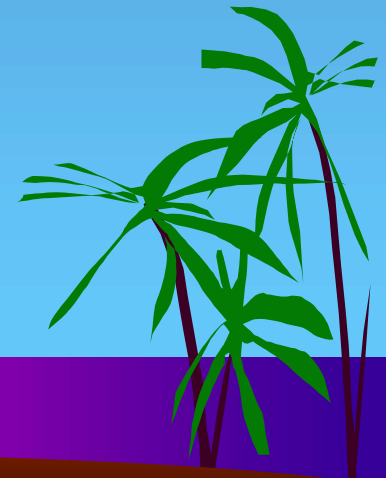




**En los niños y adolescentes  
la estadística mayor de  
hemartrosis la comparten  
las fracturas  
osteocondrales y el LCA, y  
en menor proporción la  
patología rotuliana.**

**Peter Undelicato.**  
**J Am Acad Orthop Surg 1995**  
**Jan;3 (1):9-14**

- ♦ Como resultado de los estudios que demuestran el gran poder cicatrizante de los ligamentos extracapsulares de la rodilla la necesidad de cirugía reconstructiva debe ser limitada a situaciones muy específicas.

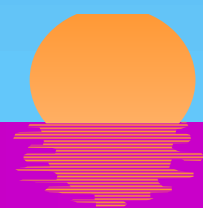
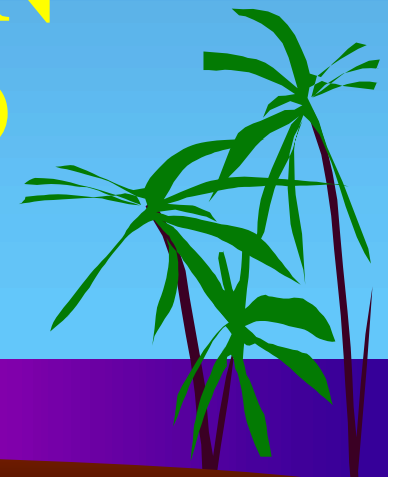
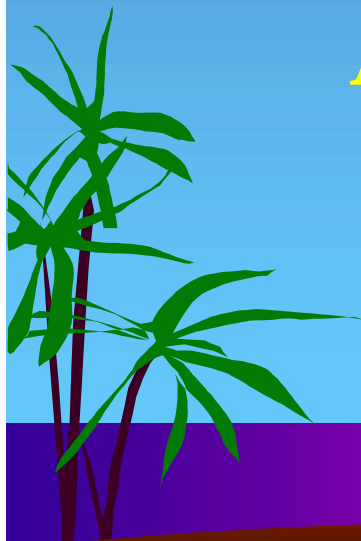


# MILLER (AMJSP- 1998)

Encontró en el 50 %  
de los pacientes con  
lesión aislada del LLI  
el bone bruise y en el  
100 % el tratamiento  
conservador fue eficaz



**MITO: LA RODILLERA  
ESTABILIZA.  
REALIDAD: EL USO DE  
RODILLERAS  
ESTABILIZADORAS NO ESTA  
AVALADO POR NINGUN  
ESTUDIO CIENTIFICO**



# REALIDAD

- ♦ El agente agresivo potencial más importante en una rodilla, es un menisco roto dentro de ella.



# REALIDAD

- ♦ Las lesiones puras del LCP se toleran bien luego de un período de adaptación de 3 a 6 meses.
- ♦ No nos apresuremos a tomar una decisión quirúrgica.

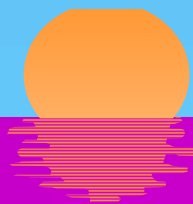


# REALIDAD

- ♦ **Cuanto más tiempo esté un paciente caminando con la rodilla bloqueada, más tardará en recuperar la movilidad completa luego de ella.**
- ♦ **Tener la precaución de anticipárselo nos ahorrará explicaciones y desconfianza sobre el éxito de la cirugía.**



- ♦ **MITO:** La ruptura del aparato extensor cursa siempre con incapacidad para extender la rodilla.
- ♦ **REALIDAD:** A veces extiende con cintilla iliotibial o fibras intactas del retinaculum, por lo tanto hay que evaluarlo desde la flexión (sentado).



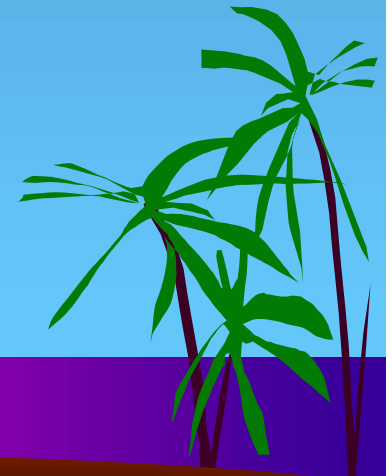
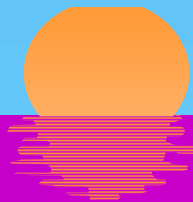
# REALIDAD

- ◆ El quiste poplíteo es siempre consecuencia y nunca causa.
- ◆ Pensemos en quien lo alimenta.....



# RODILLA AGUDA POSTQUIRURGICO

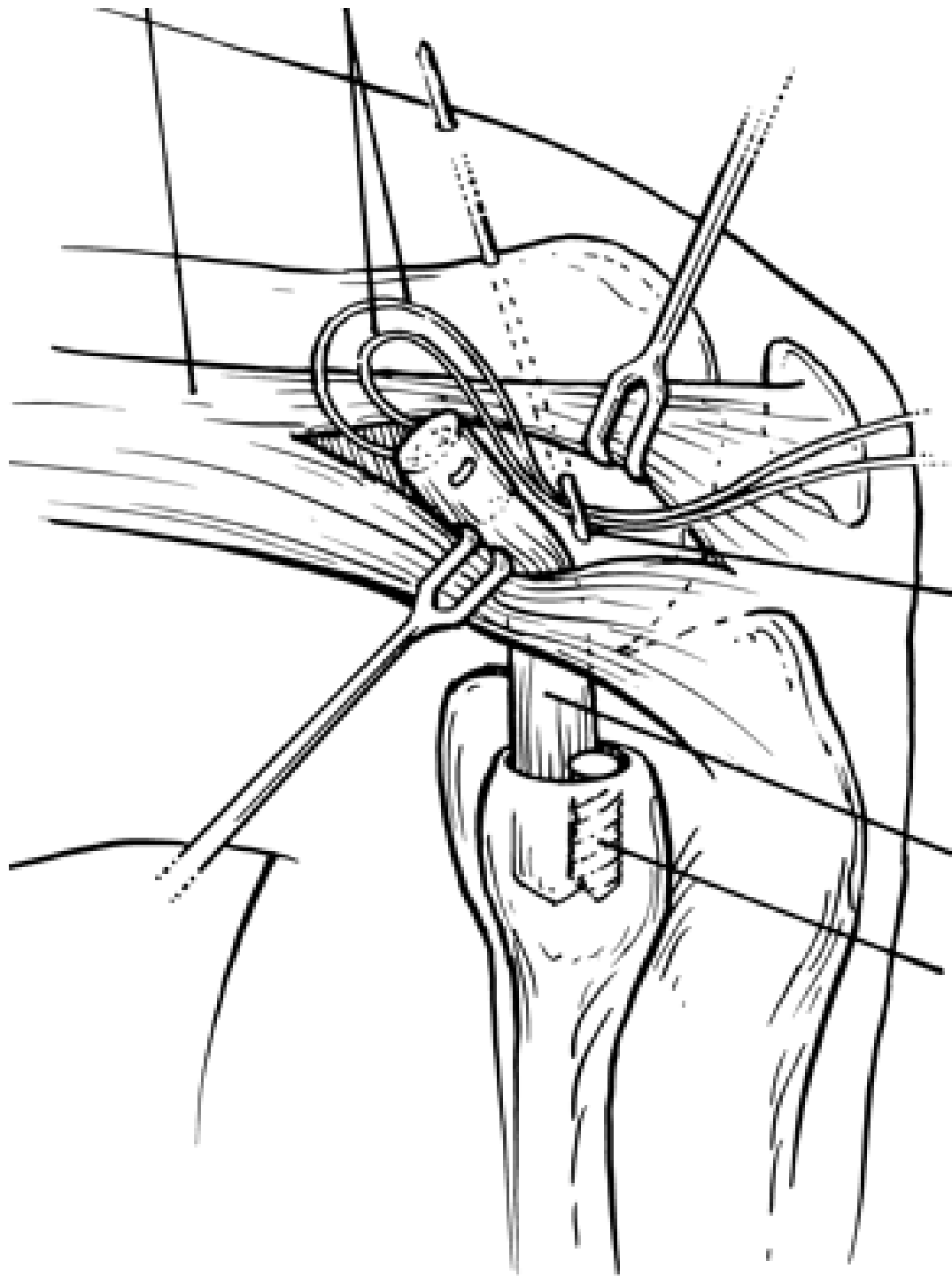
- ♦ INMOVILIZAR LO MENOS POSIBLE.
- ♦ FERULA DE MOVILIZACION PASIVA CONTINUA.
- ♦ HIDROTERAPIA.



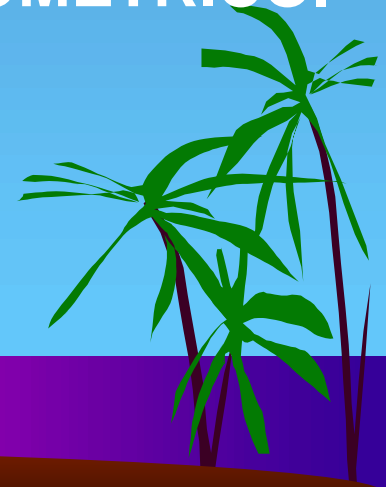
# Que hacer con el lig lateral aislado ?

- ♦ Es muy poco frecuente.
- ♦ Si hay diagnóstico preciso suturarlo caso contrario inmovilizarlo.



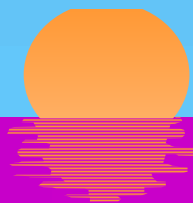


**SE EMPEZÓ A USAR  
TENDON ROTULIANO  
PARA ESTABILIZAR EL  
COMPLEJO LATERAL.  
APARENTES BUENOS  
RESULTADOS.  
SE DEBE TRATAR DE  
COLOCAR ISOMETRICO.**



# Que hacer con el ligamento lateral más las estructuras posteroexternas?

- ♦ En futbolistas operarlos si se los toma en los primeros días,
- ♦ Si se diagnostica tarde evaluar la inestabilidad objetiva y la subjetiva, que tan sólo la puede referir el paciente. Y de alguna manera él es el que decide, acorde a su demanda.....



QUE TENGAN  
UN BUEN DIA.  
GRACIAS

