

## Caso clínico de lesión de ligamento cruzado anterior y osteoartritis temprana

Aldo Fidel Izaguirre Hernández\*

Paciente masculino de 33 años de edad con historia de inestabilidad de rodilla izquierda después de una lesión a los 25 años. El paciente dejó de realizar deporte a los 30 años de edad por inestabilidad y bloqueos de repetición. Fue manejado en forma conservadora sin éxito, por lo que acude a consulta por dolor e inestabilidad de la rodilla izquierda. Exploración Física: alerta, orientado, marcha independiente, derrame moderado Lachman presente (rolimetría de 8 mm de diferencia), Pivot-Shift grado III, dolor de línea articular medial, signo de McMurray presente. Lysholm 10, Tegner preoperatorio 2, IKDC S 38. Radiográficamente sin datos de osteoartritis (OA).

### PREGUNTAS PARA EL CASO CLÍNICO

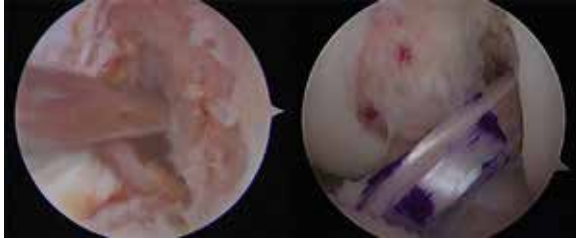
- ¿Cuál sería el diagnóstico clínico con la exploración física del paciente?
- Con base en la exploración física, ¿qué estudio de imagen solicitaría para corroborar el diagnóstico estructural?
- ¿Cuál sería el tratamiento propuesto para tratar la sintomatología del paciente?
- ¿Cuál sería el tratamiento de rehabilitación propuesto después de la cirugía?
- ¿Cuál es el pronóstico a largo plazo para realizar deporte de contacto, deporte recreacional y para presentar OA de rodilla?

---

\* Cirujano Ortopedista, Hospital Médica Universidad, Hospital Naval de Tampico. Facultad de Medicina «Dr. Alberto Romo Caballero», Universidad Autónoma de Tamaulipas, Tampico, México.

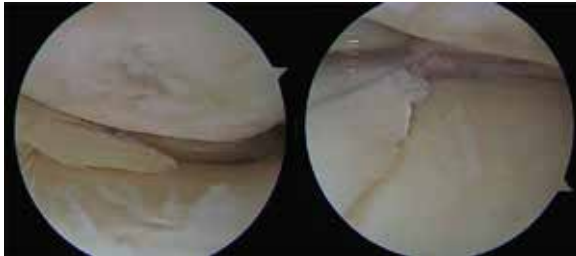
Dirección para correspondencia:  
Dr. Aldo Fidel Izaguirre Hernández  
Priv. Universidad No. 102, Col. Gustavo Díaz Ordaz, 89108, Tampico, Tamaulipas.  
Correo electrónico: aldoizag@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/orthotips>



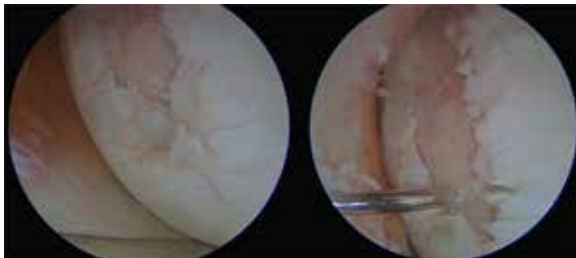
**Figura 1.**

*Imágenes artroscópicas de la lesión de ligamento cruzado anterior izquierdo crónica. Antes de tratamiento y después de la reconstrucción con injerto de tendón semitendinoso-gracilis con fijación cortical en fémur y tornillo de interferencia en tibia.*



**Figura 2.**

*Imágenes artroscópicas de la lesión de menisco medial crónica. Antes del tratamiento con una lesión degenerativa que abarca hasta el cuerpo del menisco medial y después del tratamiento de remodelación con tijeras y rasurador (meniscectomía parcial de 66% del menisco).*



**Figura 3.**

*Imágenes artroscópicas de la lesión del cóndilo femoral medial. Antes de debridar la lesión, y después, al momento de realizar microfracturas al cóndilo femoral medial.*

## TRATAMIENTO REALIZADO

El paciente fue intervenido quirúrgicamente y se realizó reconstrucción del ligamento cruzado anterior, remodelación de 66% del menisco, incluyendo el cuerno posterior y el cuerpo, y microfracturas al cóndilo femoral medial de una lesión de 4 cm<sup>2</sup> (Figuras 1 a 3).

## TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN

El paciente fue manejado con un día de estancia intrahospitalaria, con movilización continua, crioterapia y se prohibió el apoyo por seis semanas. Se dieron antibióticos por siete días, analgésicos, y se manejó el dolor y el derrame en terapia física hasta completar arcos de movimiento. Se progresó de apoyo parcial a total entre la semana siete y ocho.

El fortalecimiento de cadena cinética abierta se permitió hasta la semana 12. El paciente alcanzó fuerza a 90% del ideal a los siete meses de cirugía, y se sugirió regreso a deporte de contacto después de los nueve meses de la cirugía. La medición postoperatoria con rolimetría fue de 3 mm de diferencia. Lysholm de 80, Tegner de 6, IKDC S 70. Radiografías de rodilla sin datos de OA.