

Una técnica quirúrgica pionera repara el ligamento cruzado lesionado utilizando el propio tejido

Un equipo de cirujanos ortopédicos de la Clínica aplica con éxito una nueva cirugía sin injertos, desarrollada en Suiza, de amplia efectividad y ventajas

CUN ■ Especialistas de la Clínica realizan por primera vez en España la reparación del ligamento cruzado utilizando para ello el propio ligamento lesionado. Hasta el momento, el tratamiento convencional en los casos quirúrgicos sustituye el ligamento cruzado anterior desgarrado por un injerto de tejido del propio paciente (como el tendón rotuliano o los tendones de la pata de ganso), u otros obtenidos de donantes (aloinjertos).

La nueva técnica desarrollada por un equipo de cirujanos suizos (Zúrich y Berna), especializados en lesiones deportivas, es particularmente adecuada para el tratamiento de pacientes atléticos activos

y trabajadores cuya actividad requiere un alto grado de estabilidad y propiocepción (sensación profunda obtenida por los receptores del sistema osteoarticular y muscular). El nuevo procedimiento consiste en conservar el propio ligamento cruzado suturándolo.

Hay que tener en cuenta que el ligamento cruzado anterior es fundamental en el control y estabilización de la rodilla.

SUIZA, ALEMANIA Y AHORA EN ESPAÑA. Hasta el momento, sólo se ha empleado esta técnica en algunos hospitales de Suiza y de Alemania y ahora comienza en España con su aplicación por los especialistas de la Clínica. La técnica se

LA CIFRA

4 por mil

Según un estudio elaborado en España en población deportista, se calcula que se realizaron cirugías de reparación de dicho ligamento en 4 personas de cada 1.000 al año.

presentó recientemente en el Congreso internacional de Rodilla y Artroscopia en el que participaron 1.200 especialistas. La nueva técnica de reparación del ligamento cruzado anterior fue explicada por el 'padre' del procedimiento, el doctor Stefan Eggli.

La restauración del propio ligamento cruzado anterior ofrece importantes ventajas respecto a las técnicas convencionales. Entre ellas destaca la estabilización mecánica de la rodilla de forma inmediata, "permitiendo una rehabilitación más temprana, promoviendo la autocuración de la rotura y restaurando la sensibilidad profunda o pro-

PASA A LA PÁG. 18 >>



El doctor Andrés Valentí lleva a cabo una intervención para reparar el ligamento cruzado anterior mediante la nueva técnica.

<<VIENE DE LA PÁG.16

piocepción”, destaca el cirujano. Además, subraya, “no se requiere tomar tendones o injertos del propio paciente a diferencia de la cirugía convencional. Esta circunstancia incide tanto en la reducción de la extensión de la cirugía, como en un mejor control del dolor postoperatorio y en la inexistencia de debilitamiento de los músculos tomados como injerto”.

Este conjunto de ventajas, proporciona una mayor satisfacción del paciente “ya que, subjetivamente, los pacientes se muestran más satisfechos con el resultado de la cirugía”, alega. Se añaden unos costos socio-económicos menores, pues “la discapacidad laboral después de la sutura ligamentosa dura de media menos tiempo que tras la reconstrucción clásica”. Los pacientes que se someten a cirugía de LCA son por lo general personas jóvenes y con alta demanda laboral o deportiva. En ocasiones vuelven a presentar nuevas lesiones del mismo ligamento intervenido. El nuevo procedimiento permitiría una cirugía de revisión con nuevos tendones propios no utilizados en la primera cirugía.

POTENCIAL DE CURACIÓN DEL PROPIO LIGAMENTO. Según indica el doctor Andrés Valentí, especialista del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Clínica Universidad de Navarra “el tratamiento se basa en el potencial de curación del propio ligamento cruzado unido a la colocación de un implante que proporciona las condiciones óptimas de estabilidad para la curación biológica de la rotura del ligamento”.

Para facilitar la autociatrización del ligamento roto, los muñones (extremos de la lesión) del ligamento cruzado son aproximados mediante

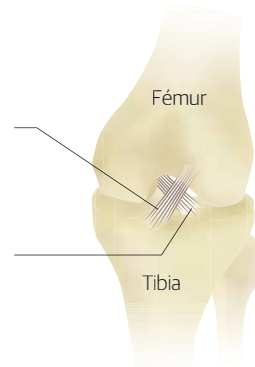
Nuevo tratamiento para la rotura de ligamento cruzado

Desarrollado en Suiza y aplicado en España por primera vez en la Clínica Universidad de Navarra

Los ligamentos cruzados conectan la tibia y el fémur.

Ligamento cruzado anterior: evita que la rodilla se desplace hacia adelante

Ligamento cruzado posterior: evita que la rodilla se desplace hacia atrás



Rotura

Puede deberse a:

- Un traumatismo o torsión
- Un cambio brusco de dirección
- Una desaceleración exagerada

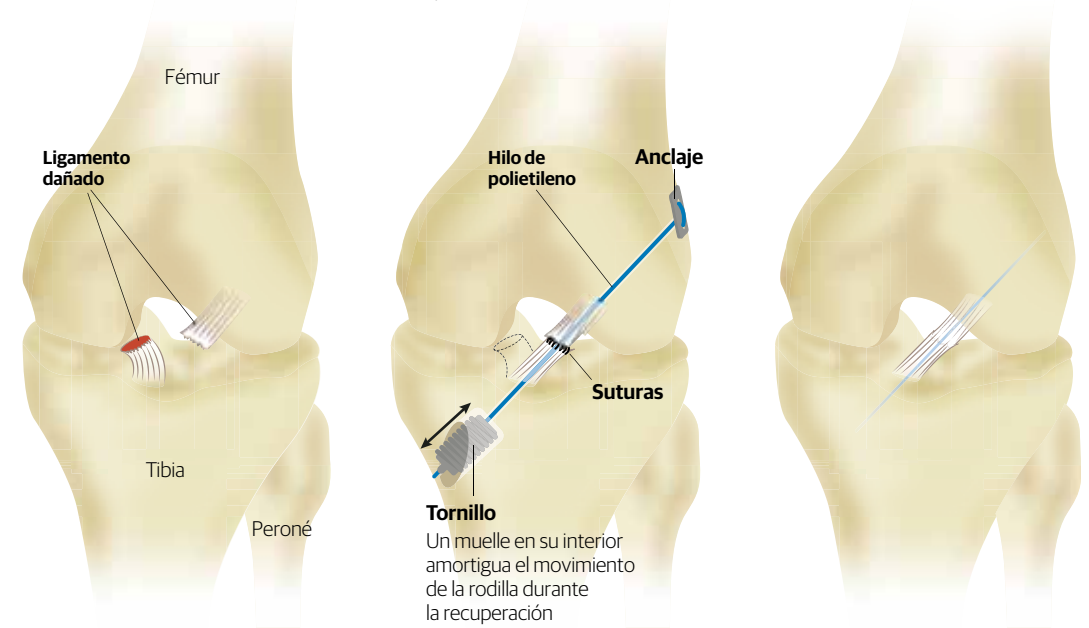


El fémur y la tibia se desplazan en direcciones opuestas y con rotación

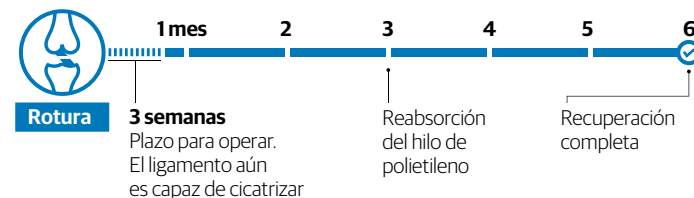
La nueva técnica

La técnica habitual sustituye el ligamento lesionado por otros tejidos. Esta técnica conserva el ligamento lesionado, facilitando su cicatrización

- 1 El ligamento cruzado da control y estabilidad a la rodilla. Su rotura provoca episodios de “fallo” de rodilla
- 2 Para reinsertar (o suturar o reparar) el ligamento se introduce un hilo de polietileno a través del fémur y se tensa mediante un tornillo implantado en la tibia
- 3 El hilo se va incorporando progresivamente al ligamento, que cicatriza y recupera su funcionalidad



Cronología



Beneficios

- **Menor trastorno y dolor posoperatorio** al no requerir la toma de injerto
- **Mejor percepción de la rodilla**
- **Reconstrucción fisiológica**

suturas. Además, la regeneración del ligamento es promovida por un procedimiento de microfracturas, “que posibilita que las células madre del hueso cercano se acerquen para

acelerar el proceso de curación del ligamento cruzado”, describe el cirujano ortopédico.

En el proceso de curación, se regenera no sólo el tejido de soporte del ligamento sino

también las fibras nerviosas sensoriales alteradas por el trauma, restaurándose así la inervación del ligamento. Este aspecto ofrece a los pacientes la oportunidad de recuperar

Daniel Aróstegui “He recuperado en cuatro meses lo que con la otra cirugía me costó año y medio”

Le operaron el ligamento cruzado anterior de la rodilla izquierda hace 6 meses, por la misma lesión que había sufrido 11 años antes en la otra rodilla

CUN ■ Pamplonés de 29 años, para Daniel Aróstegui el fútbol ha sido siempre su deporte preferido. De hecho, su primera lesión en la rodilla la sufrió hace 11 años durante un partido de balompié. En aquella ocasión se rompió el ligamento cruzado anterior de la rodilla izquierda. Hace seis meses se repitió la situación, aunque esta vez la rodilla afectada fue la derecha. Trabajador en una perfilería de Berrioplano, casado y con un hijo de un año y 9 meses, Daniel se declara un gran aficionado al

deporte en general. Con motivo de las dos lesiones de rodilla, este pamplonés ha pasado ya en dos ocasiones por el quirófano. En la primera intervención le realizaron la técnica quirúrgica convencional de reparación de la rodilla. En la segunda y más reciente, acudió a la Clínica Universidad de Navarra donde le intervinieron mediante el nuevo procedimiento quirúrgico que repara el tejido lesionado.

¿Ha practicado siempre deporte? Siempre, hasta que primero me rompí el ligamento de una rodilla y luego el de la otra. Y esos han sido los dos parones debidos al fútbol.

Para tratarle las dos rodillas tuvieron que realizarle dos cirugías. Los procedimientos quirúrgicos empleados fueron distintos ¿Qué diferencias observa entre ambas intervenciones?



Daniel Aróstegui ha vuelto a practicar deporte a los 4 meses de la cirugía.

La mayor diferencia que he notado ha sido especialmente en la recuperación. La primera vez tuve bastantes problemas: infección, rechazo tras la operación y durante un año y medio estuve sin poder jugar a fútbol. En esta otra ocasión, en cuatro meses ya estaba en el gimnasio, en la bicicleta y corriendo. Así que muy bien. Además, al ser la recuperación tan rápida, los músculos no se te atrofian.

¿Tiene amigos que se han lesionado como usted?

Sí. Por lo que me comentan compañeros que juegan a fútbol, ellos lo pasaron muy mal. Ahora les cuento mi recuperación con esta técnica y no se lo creen.

¿Cómo se siente habiendo sido operado mediante una operación pionera en España?

Con mucha suerte porque

cuando me explicó el doctor había tres procedimientos diferentes. Él me detalló esta técnica que yo no conocía. Y estoy muy contento por haberme realizado esta intervención.

Al lesionarse la segunda vez ¿qué pensó?

Pensé que ya no iba a poder jugar más al fútbol. Pero el doctor me dijo que ningún problema.

¿Tiene ganas de volver a jugar?

Una vez haya pasado del todo la recuperación y ahora que ya estoy tan bien, veo a mis compañeros jugar a fútbol y otra vez me entran muchas ganas de volver.

¿Qué deportes puede practicar ahora, cinco meses después de la intervención?

Ahora que me han operado, puedo hacer ya de todo: andar en bici, correr, piscina, gimnasio, monte, y fútbol también.

la propiocepción (sensibilidad profunda) original del ligamento cruzado anterior y por tanto de la rodilla, “un potencial curativo que ningún otro método de tratamiento actual puede ofrecer”, subraya el doctor Valentí.

TRES SEMANAS DE LA LESIÓN, PLAZO MÁXIMO. Una condición previa para poder aplicar esta nueva técnica reside en que el ligamento cruzado anterior dañado conserve “la vitalidad y capacidad suficiente” para repararse. Esta circunstancia tiene más posibilidades de que ocurra durante las primeras semanas inmediatamente posteriores a la lesión del ligamento, por lo que se reco-

mienda que la nueva técnica quirúrgica se aplique dentro de las primeras tres semanas desde el evento traumático.

Por tanto, informa el especialista, “en principio, las rupturas crónicas no son susceptibles de esta técnica quirúrgica. No obstante, este plazo de tiempo que se considera adecuado para la cirugía está siendo intensamente investigado y es posible que en el futuro se consiga la reparación del ligamento en lesiones de más de tres semanas. Si bien, no todas las roturas agudas son susceptibles de esta técnica. Depende de que el remanente ligamentoso sea suficientemente fuerte para realizar la sutura”.



Equipo quirúrgico: de izda a drcha Ana Fernández López (estudiante Medicina), el doctor Francisco Hidalgo (Anestesia), la instrumentista Elena Ibarburu, los doctores Andrés Valentí, Juan Ramón Valentí, José Lamo de Espinosa y Verónica Montiel (todos de Cirugía Ortopédica y Traumatología), la instrumentista M^ª Jesús Percaz y la doctora Ana Belén González Gil (Cirugía Ortopédica y Traumatología).