

RipollyDePrado **FIFA** | MEDICAL CENTRE
SportClinic OF EXCELLENCE

10 Preguntas Clave

Ruptura de Ligamento Cruzado Anterior en la Mujer

Criterios de tratamiento

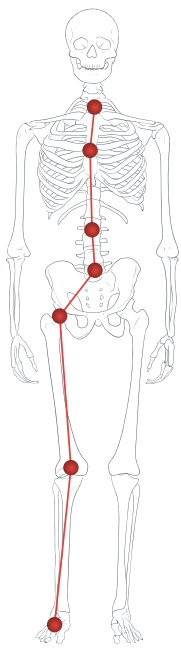
Los últimos estudios ponen de manifiesto un incremento en las lesiones del ligamento cruzado anterior en las mujeres deportistas.

Se ha determinado que el 24% de las rupturas del este ligamento se presentó en mujeres.

Así mismo, se constata que el 26% de las roturas fue secundario a un mecanismo de lesión por contacto, mientras que en el 74% de los casos, las lesiones se produjeron **sin contacto**, lo cual es altamente significativo.



Rotura de LCA



Morfotipo

Factores anatómicos que incrementan el riesgo en la mujer

1. Factores anatómicos

- 1.1.** El área transversal del ligamento cruzado anterior es **significativamente mayor** en hombres mientras que en la mujer es de **menor** diámetro, lo cual aumenta el riesgo de rupturas.
- 1.2.** Existen **diferencias significativas** en el morfotipo de las mujeres que sufren la lesión de LCA como la posición de la pelvis, la posición sagital y frontal de la rodilla, la longitud de los isquiotibiales, la angulación de la subastragalina y la inclinación del escafoides.
- 1.3.** El **ángulo Q** es consistentemente mayor en las mujeres, lo que aumenta el estrés medial sobre los ligamentos de la rodilla.

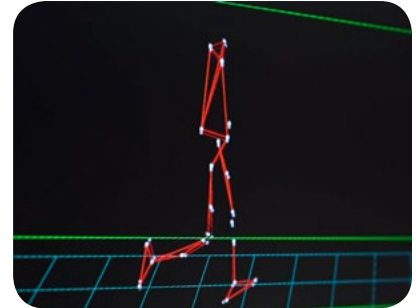
2. Factores hormonales

El **ciclo menstrual** produce cambios tempranos en la proliferación y síntesis de los fibroblastos y procolágena Tipo 1 en el LCA. Se ha observado que la incidencia de las lesiones se ve afectada por las diferentes fases del ciclo menstrual.

3. Factores biomecánicos

Mediante la **electromiografía de superficie** observamos que el músculo cuádriceps presenta mayor activación muscular mediante los esfuerzos en flexión de la rodilla, mientras que los isquiotibiales tienden a relajarse, lo que supone un mayor estrés sobre el LCA.

Se ha demostrado que existe un **retraso** en la activación del cuádriceps y de los isquiotibiales al frenar de forma brusca, lo que provoca mayores momentos de flexión y valgo en las rodillas que incrementan el estrés del ligamento cruzado anterior.



Avatar Go5D

4. Superficies de juego y calzado

Las **superficies de juego** y el uso de **calzado inadecuado** favorecen especialmente en la mujer, la lesión del ligamento cruzado anterior.

Corrección de los factores de riesgo

Los **laboratorios Go5D** permiten analizar y proponer las correcciones necesarias para solventar las anomalías del morfotipo.

Con los datos obtenidos en el Go5D, diseñaremos programas de entrenamiento neuromuscular que contribuirán a procesar y utilizar la información sensorial para coordinar y controlar la fuerza muscular con el fin de dar mayor estabilidad a las articulaciones.

Puntos clave

Los criterios de tratamiento de las lesiones de LCA en la mujer son **exactamente los mismos** que en el hombre: hemos de corregir la **inestabilidad** que, en su caso, produce la lesión del LCA para con ello proteger los meniscos y el cartílago articular, retardando de este modo la aparición de osteoartritis.

En nuestro servicio, utilizamos **técnicas con aloinjertos** para reconstruir el LCA en la mujer que facilitan notablemente la recuperación y mejoran el valor cosmético de las reparaciones.

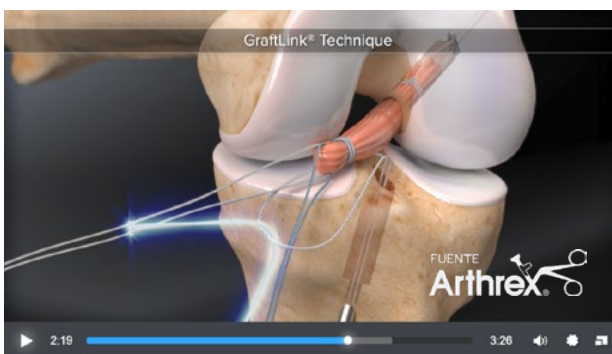
Los programas de rehabilitación y prevención deben incidir sobre un análisis individualizado

de los factores de riesgo que concurren en la mujer lesionada. Dichos programas serán determinados en los laboratorios Go5D.

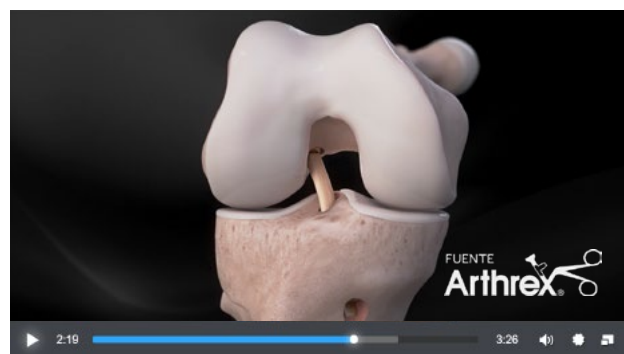
Conclusiones

En nuestra opinión, ha llegado a su fin la época en la que las lesiones del LCA en la mujer eran minusvaloradas y se trataban comúnmente de forma conservadora. La inestabilidad de rodilla es igualmente dañina en ambos sexos y favorece por igual la aparición de osteoartritis.

Técnicas quirúrgicas



Técnica GraftLink®



Técnica Hueso-Tendón-Hueso (HTH)