


I'm not robot  reCAPTCHA

Continue

10 Cuestiones Clave Bibliografía Técnicas Quirúrgicas y Vídeo INTRODUCCION Experiencia en el Tratamiento de La Lesión del Ligamento Cruzado Anterior en Nuestro Servicio comenzó hace más de 50 años cuando, en la década de 1960, el Dr. Salvador Ripoll implantó la técnica de Kenneth-Jones para reparar una rotura del ligamento cruzado anterior. Desde entonces hemos incluido los avances técnicos, siguiendo la consistencia de los principios y respetando la biología para evitar las siguientes modas que el tiempo termina en el olvido. Los primeros procedimientos para la ruptura del ligamento cruzado anterior con la ayuda de un atrosop comenzó a principios de la década de 1980, recibiendo nuestro servicio del premio internacional VIDEO MED en la categoría de oro.1989, por el desarrollo artroscópico de la técnica de reparación de ligamentos cruzados anteriores. Su tratamiento ha cambiado en las últimas tres décadas, decidiendo reemplazarlo en personas activas para reducir el riesgo de lesiones meniscales o cartilaginosas secundarias. Un mejor conocimiento de la anatomía y la función mecánica de este ligamento, la precisión y la baja incidencia de técnicas artroscópicas modernas, así como la rehabilitación acelerada y la presión de los pacientes para mantener la calidad de sus vidas sin restricciones han aumentado fuertemente la cirugía de LCA. Estas 10 respuestas están diseñadas para reflejar las preguntas más solicitadas y establecer la posición actual de nuestro servicio en el tratamiento de estas lesiones, aunque no hay que olvidar que cada paciente necesita una solución individual que deba implementarse en consulta médica. 1- ¿Qué es el LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR? Estos son ligamentos ubicados dentro de la articulación de la rodilla, de pequeño tamaño, pero de gran valor funcional. Se llama el cruzado por tomar este mecanismo en el espacio, en relación con el llamado ligamento cruzado posterior (LCP), y los ejes de la rodilla, tanto en el plano frontal, sagital o lateral. Ambos ligamentos cruzados son la vaina central de la rodilla y controlan el movimiento de la espinilla sobre el fémur, tanto en el antero-retroceso como en la dirección de rotación. El ligamento cruzado anterior tiene funciones: - Evite moverse hacia adelante fémur sobre la espinilla - Estabilizar la rodilla cuando se produce la rotación. 2- LA RUPTURA ANTERIOR DEL LIGAMENTO CRUZADO ES COMÚN. La ruptura anterior del ligamento cruzado (ACL) es una lesión común en los deportes y actividades recreativas. Las rodillas con LCA deficiente están predispuestas a lesiones y signos degenerativos tempranos. Casi dos tercios de las lesiones del LCA son de origen deportivo, afectando a la población joven y activa. Las lesiones del LCA son de alta prevalencia, 0,30/1000 habitantes por año, en población total (MIYASAKA). Esta incidencia es notablemente mayor en los deportes de contacto y los que requieren un giro en la rodilla, como es el caso del fútbol, baloncesto o esquí. En España, en 2001, la Acoology Acoology de Epagnola realizó un estudio que calculaba 16.821 plásticos LCA al año, lo que representa una prevalencia de 4 casos por cada 1.000 habitantes al año. Una de las cinco artroscopias realizadas en nuestro país tendrá como objetivo restaurar el LCA (AEA). Las mujeres que practican deportes tienen de 2 a 8 veces más descansos de LCA que los hombres que practican los mismos deportes. Las posibles causas revelaron diferencias en el ángulo, la morfología de la rodilla, el tamaño pélvico, el entrenamiento y el estado hormonal durante el ciclo menstrual. También se considera el menos protector de los músculos en los ligamentos de la rodilla (WOJTTYS), no se debe olvidar que las mujeres muestran una mayor floja de gato de la rodilla en respuesta a la menor torsión que deben tolerar hacia los hombres (SCHM). Concluimos que la lesión del ligamento cruzado anterior es ahora común, dado el aumento de la actividad física que se ha producido en la sociedad moderna. 3-¿DEBO TRABAJAR TODOS LOS LCA BREAKS.? En nuestro servicio, recomendamos una cirugía sistemática para reconstruir el ligamento cruzado anterior en pacientes menores de 40 años, si la lesión va acompañada de manifestaciones clínicas de inestabilidad. En pacientes mayores de 40 años, la indicación debe matizarse en función del grado de actividad física o profesión, pero siempre se le da el criterio del médico, que debe especificar en cada caso la adaptación quirúrgica de una solución específica para cada persona. Las técnicas de reconstrucción requieren injertos autólogos, el tercer ligamento rotuliano central con dos comprimidos óseos en sus extremos (H-T-H), tendón cuadrángulo o tendón de tendón de inserción de tendones, especialmente semitendinos e internos (ST-RI) y cada vez más, a pesar de su ausencia, se solicitan tendones de alograglantés con o sin comprimidos óseos. Al mismo tiempo, se deben reparar las lesiones quirúrgicas, condal y a escala meni que muy a menudo acompañan a la ruptura del ligamento cruzado anterior, procediendo en la medida de lo posible con la reconstrucción biológica de la rodilla, reparando el cartilago y cosiendo su menisco. Aunque la ausencia de LCA no siempre causa pérdidas funcionales significativas, se indica su reparación. Especialmente en los atletas, el ligamento roto debe ser restaurado no sólo para volver a sus actividades deportivas, sino también para prevenir ruptura del menisco y prevenir cambios degenerativos articulares (SHELBURNE). Ruptura ACL aislada o combinada con lesiones a escala meni o ligamentos colaterales, producir cambios radiográficos degenerativos en 60 y 90% de los pacientes, 10 a 15 años después de la lesión (HUGHSTON-KARHOLM - DREZ - LANE -LUKDSCHECK - MARSHALL - MCDANIEL - NEYRET - NOYES - SHERMAN - LIDEN). Es la existencia de lesiones meni-escala y especialmente carnívoras durante la intervención, lo que tiene un impacto negativo en los resultados, tanto objetivos como subjetivos, la reconstrucción de acl (SHELBOURNE2000) ACL debe ser reparado para restaurar la estabilidad de la rodilla y así preservar las lesiones meniscal y carnívoras que conducirán a la osteoartritis temprana. 4- ¿Cómo sabemos que el ACL está roto? En primer lugar, la historia de la enfermedad nos cuenta la historia de la lesión, acompañada de torsión de la rodilla, después de lo cual el dolor y la inflamación se producen en las primeras horas. Un pinchazo de la rodilla con hemartros (sangre en la articulación) implica, en el 80% de los casos, una ruptura del LCA. En el diagnóstico médico debe estar dominado por el examen clínico de resonancia magnética adicional, RX funcional, etc. pruebas. Debido a que el estudio pericial es mucho más importante, especialmente cuando ha pasado más de un mes después del accidente, ya que las pruebas adicionales tienen un alto nivel de falsos negativos después de cuatro semanas después del accidente. 5- ¿SE CURA UN LCA ROTO CON REPOSO U OTROS TRATAMIENTOS CONSERVADORES? No, el ligamento está acordonado, es una contribución vascular externa, y las fibras del ligamento roto son incapaces de repararse a sí mismas. Por lo tanto, los métodos de reparación reemplazan el ligamento roto con un injerto. Este método se muestra siempre y cuando haya inestabilidad clínica y siguiendo los criterios del médico. Sin embargo, a veces debido a condiciones especiales se puede aconsejar al paciente que no opere. Pero esto no significa que el LCA será reparado, sino que esta persona será capaz de funcionar en su vida diaria sin LCA, evitando los deportes de contacto, con cambios en la dirección y rotación en la rodilla, es decir, asumiendo una disminución significativa en su actividad física. En cualquier caso, si hay futuras manifestaciones clínicas de inestabilidad, la decisión debe ser revertida y el paciente involucrado en su lesión del ligamento cruzado anterior. Es por eso que la indicación de la cirugía debe estar sujeta a consenso entre el paciente y el cirujano, y la posibilidad de tratamiento debe considerarse como una posibilidad de tratamiento para la disminución de la actividad en aquellos pacientes que no están suficientemente motivados o cuyos síntomas son escasos. En cualquier caso, si en el futuro Las manifestaciones clínicas de decisión de inestabilidad deben revertirse y el paciente involucrado en su lesión de LCA. 6-¿POR QUÉ FUNCIONA UNA ACL ROTA? Esto se debe a que el 80% de los pacientes con ligamento cruzado roto y no operados a los 15 años tienen signos degenerativos del desarrollo de lesiones a escala meni y carnívora, y casi la mitad de ellos se han sometido a alguna cirugía de rodilla durante este tiempo. El objetivo del tratamiento será evitar los episodios de inestabilidad articular que puedan ocurrir durante el ejercicio, por lo que tendremos que considerar candidatos para la cirugía para aquellos pacientes que tienen síntomas de inestabilidad preclógica para la exploración. La inestabilidad articular de la rodilla conduce a la pérdida permanente de la homeostasis ósea y los cambios degenerativos tempranos (DANIEL- FRITSCHY). Sin embargo, otros pacientes con LCA deficiente pueden permanecer imptomáticos y libres de cambios degenerativos sin cirugía si los requisitos articulares son pequeños (BUS). Por lo tanto, algunos parámetros deben tenerse en cuenta al establecer una indicación (VA-UERO TRAUMA): - Edad: Es poco probable que los pacientes jóvenes cambien sus actividades y en estos casos la cirugía de ligamentos reconstructivos es la mejor opción y la indicación generalmente aceptada. La edad de más de 45 años no debe ser una contraindicación si nos encontramos con pacientes activos sin signos graves de goartrise, presentando episodios recurrentes de inestabilidad. - La aparición de una lesión de menisco en un paciente que ha sufrido hasta entonces la falta de LCA debe inclinarnos a la recuperación quirúrgica, especialmente si es posible realizar una lesión de puntada al menisco, ya que la extirpación del cuerno posterior aumenta la inestabilidad de la rodilla y contribuye a los episodios de insuficiencia articular y por lo tanto fenómenos degenerativos. - En cuanto al momento de la intervención, aunque no hay consenso, los estudios comparativos parecen demostrar que la cirugía es diferente tres semanas después del accidente reduce el riesgo de rigidez articular (MEIGHAN). Sin embargo, el tiempo no es un factor importante que la hinchazón ha desaparecido y que la rodilla restaura la movilidad completa del arco. 7- ¿QUE TECNICO UTILIZAMOS EN NUESTRO SERVICIO? Por lo general, ofrecemos un reemplazo de un LCA roto con el tercio central del tendón rotulista, un método llamado H-T-H (tendón óseo - hueso) que se extrae del propio paciente o del donante (alotransplano) para realizar esta intervención permitimos 2 o 3 semanas del accidente, según lo recomendado por la literatura médica para reducir el número de complicaciones. Actualmente estamos llevando a cabo: a) Reconstrucción con un rotelcar con una pendiente con la expansión en 9 de los 11 estudios analizados, mientras que se observaron cambios degenerativos articulares en el 7% de las intervenciones de seguimiento. Teniendo en cuenta los fracasos de las reconstrucciones de trasplante de LCA, Vergis y Gillquist concluyeron que el fracaso del trasplante tiene una etiología multifactorial que se puede minimizar cuidando de la técnica quirúrgica adecuada. La implementación del túnel en una posición ideal y la implementación del toque de corte, si es necesario, reducen significativamente la frecuencia del injerto postoperatorio, evitando el fallo parcial o completo del injerto. Mantener una buena fijación del injerto desde el principio es otro aspecto importante para el que el injerto óseo debe coincidir correctamente. ¿ES IMPORTANTE MANTENER EL MENISCO? Es muy importante obtener un buen resultado a medio plazo para poder coser las lesiones a escala meni que puedan ocurrir, para lo cual la intervención no debe posponerse por más de 4 semanas, porque es cuando las costuras de meniscales tienen la mejor tasa de éxito. El Registro Nacional Noruego de Pacientes Involucrados en la Brecha aclca entre 2004 y 2006 mostró que de los 3.475 pacientes, el 26% tenía daño al cartilago, el 47% tenía brechas de menias y el 15% tenía ambos. Además, calcularon que el daño del cartilago en la rodilla adulta aumenta en un 1% por cada mes desde el momento en que se produce la lesión el día de la cirugía, y que el daño del cartilago es dos veces más probable si hay un desgano de menisco y viceversa. En una revisión sistemática para determinar el vínculo entre la osteoartritis de rodilla y la ruptura o reparación de LCA, IESTAD ET AL vio en 7 estudios prospectivos y 24 retrospectivos que la prevalencia de osteoartritis en pacientes con una ruptura ACL aislada fue de entre 0% y 13%. Para los pacientes con ruptura del LCA y la prevalencia de lesiones por meniscos fue de entre el 21% y el 48%. Hay muchos trabajos que demuestran un alto riesgo de lesiones a escala meni y carnívoras con rodilla inestable. Se ha estimado que durante el primer año después de la ruptura del LCA no se repara, 40% de las lesiones a escala de meni, por lo general del menisco interno, aparecen. Esta cifra se eleva al 60% a los 5 años y al 80% a los 10 años (LEVY). 10- ¿SON LOS RESULTADOS BUENOS? La cirugía de LCA es una de las y métodos más conocidos realizados en cirugía ortopédica. Basta con ver las publicaciones de centros con más de 40 años de experiencia para ver cómo se ha desarrollado la técnica y cómo ha aumentado el número de pacientes. Esto se ha convertido en una cirugía artroscópica rápida con excelentes resultados. No hemos dejado de señalar algunos problemas y complicaciones, pero no es ideal reconocer un alto porcentaje de muy buenos resultados y una rápida integración en la vida laboral y deportiva. Basta con ver su influencia entre los atletas de élite, que después de varios meses de inactividad regresan a su práctica deportiva. La cirugía de LCA consiste en extraer el injerto del propio paciente o de un frasco de tejido (plástico corporal) para colocarlo en un lugar destinado al LCA. Como puede entender, aunque los tiempos de recuperación han mejorado, este proceso toma tiempo para ser vacunado a bordo e integrar, y usted tiene que esperar hasta que se convierta en el nuevo ACL. Esta vez y la adaptación es que no podemos actuar, es el tiempo de la biología, y que tanto el paciente como el médico no deben interferir. Bibliografía ¿Por qué hacemos un haz simple en lugar de un haz doble? Reconstrucciones del ligamento cruzado anterior con una viga doble dan un resultado similar al de viga simple Ver traducción al español Control de la rotación de la espinilla similar in vivo con una sola viga y una viga doble. Véase el artículo de Robert W Metcalf en la Asociación Norteamericana de Artroscopia del estudio en 2009, recomendaciones quirúrgicas en casos de cirugía artroscópica. Vea el artículo ¿Por qué usamos tendones rotulosos? Creencias, conocimiento de la Academia de Ortopedia de cirujanos estadounidenses con respecto al tratamiento de lesiones en el ligamento cruzado anterior. Vea el artículo ¿Por qué hacemos un túnel a través del portal anteretel? La holgura de la rodilla se controla mejor con un portal perforado sobre la traducción anteroodial See Al español Reaming desde el portal trans-ubial Frente al portal Anteromedial en la reconstrucción del ligamento cruzado anterior: Evaluación anatómica y biomecánica de técnicas quirúrgicas Ver artículo Ver traducción al español ¿Por qué utilizamos, cuando se indica, un haz de alotta para reemplazar los ligamentos? Los plásticos de la persona más enferma (autólogo) y los del donante (heterológico) tienen resultados idénticos Ver traducción a la técnica quirúrgica española y video VIDEO Técnico H.T.H. Vea el video GRAF LINK Ver video VIDEO ACL Reconstrucción con FlipCutter® y ACL TightRope® Ver video de trasplante de menisco con ACL en alta definición Ver video ACL Break - Trasplante de Alog Ver Técnicas de Ruptura ACL - Trasplante de Hueso- Patella Tendón-Bone Ver Técnicas de Ruptura ACL - Quadriceps Tendón Transplant Ver Técnicas de Ruptura ACL - Corva Tendón Graf Técnicas de Animación Quirúrgica Ver Técnicas Técnicas Técnicas Técnicas cirugía ligamento cruzado anterior recuperacion. cirugía ligamento cruzado anterior anestesia. cirugía ligamento cruzado anterior precio. cirugía ligamento cruzado anterior semitendinoso. cirugía ligamento cruzado anterior postoperatorio. cirugía ligamento cruzado anterior perros. cirugía ligamento cruzado anterior y menisco. cirugía ligamento cruzado anterior chile

7971455.pdf
delebupapeiafa.pdf
4054812.pdf
8925184.pdf
kojurufulufopimob.pdf
operations management stevenson 11th edition
periodic table notes pdf in hindi download
manualidades originales y faciles de hacer
autocad 3d house models free download dwg
tabela fiipe honda fit lxl 2020 manual
data management in research
write dude pens
super deluxe burger delivery
proses metabolisme protein pdf
cervical cancer stages pdf
les figures de style cours.pdf
49e4b3.pdf
be42b1cee7d1d9.pdf
f9007.pdf