

Reconstrucción del ligamento lateral

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Recuperación en un vistazo. Datos obtenidos de 45 estudios publicados; su propio ritmo de recuperación puede variar.

TAREAS LIVIANAS Trabajo de oficina, conducción, tareas cotidianas	LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS Trabajo manual, deporte, gimnasio	PLATÓ EN EL RESULTADO FINAL Dolor y fuerza
2-6 weeks	5-9 months	12 months
La mayoría de los pacientes logran excelentes resultados funcionales y retoman actividades livianas a las 6 semanas de iniciar un programa de rehabilitación acelerada.	El retorno a las actividades laborales previas a la lesión suele ocurrir en un plazo de 5 meses; en casos de inestabilidad crónica, el retorno a la práctica deportiva ocurre alrededor de los 9 meses.	En general, el retorno al deporte se logra antes de cumplirse 1 año tras la aplicación de un protocolo de rehabilitación acelerada.

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

Esta operación reconstruye los ligamentos de la parte externa del tobillo que evitan que este ceda. Por lo general, se ofrece a personas con inestabilidad crónica del tobillo, es decir, síntomas que duran al menos 6 meses, como esguinces repetidos, dolor y la sensación de que el tobillo está inestable al practicar deporte. Normalmente probamos primero tratamientos no quirúrgicos, como la modificación de la actividad y la fisioterapia, y consideramos la cirugía cuando estos no han logrado una mejoría suficiente. También se puede proponer la cirugía cuando los síntomas persisten tras 3 a 6 meses de estas medidas. El objetivo de la operación es conseguir un tobillo estable, con menos dolor y mejor funcionamiento. Los resultados son buenos o muy buenos en entre el 80 y el 95% de los casos.

Antes de la operación

En las semanas previas a la cirugía, confirmamos el plan mediante estudios de imagen. Estos pueden incluir una radiografía, una resonancia magnética (un estudio que muestra los tejidos blandos, como los ligamentos) o una ecografía. Estas imágenes nos ayudan a planificar la operación y a detectar otros problemas dentro del tobillo, como daños en el cartílago.

El día de la cirugía, deberá dejar de comer y beber siete horas antes. Pedimos siete horas en lugar de un período más corto para poder adelantar su operación si el programa quirúrgico avanza antes de lo previsto. Su cirujano le indicará cuáles de sus medicamentos habituales debe suspender y cuándo. Lleve una lista por escrito de todo lo que toma, vista ropa holgada y cómoda, y organice que alguien lo lleve a casa después de la operación. Si padece otras enfermedades, es posible que también necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesista (el especialista que le administra la anestesia para dormirle).

El día de la intervención

Llegará a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registrará y preparará para el quirófano. A continuación, conocerá al anestesista, el especialista que le administra la anestesia para dormirle. Esta operación se realiza bajo anestesia general. En ocasiones, se añade un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesista hablará con usted al respecto ese mismo día. Después, se le trasladará al quirófano, donde se lleva a cabo la operación.

Cuando termine la operación, despertará en la sala de recuperación. Las enfermeras permanecerán a su lado mientras desaparece el efecto de la anestesia y comprobarán que se encuentre cómodo. Una vez que su estado sea estable, se le trasladará a una sala de hospitalización o podrá volver a casa ese mismo día, según el procedimiento y la evolución de su recuperación. La persona que vaya a llevarlo a casa debe estar preparada para recogerlo cuando el equipo indique que ya puede marcharse.

Qué implica la operación

Existen dos formas principales de reconstruir los ligamentos externos del tobillo. Si su propio tejido ligamentoso aún se encuentra en un estado razonable, el cirujano puede tensarlo y volver a fijarlo. Esto se realiza mediante una incisión curva sobre la parte externa del tobillo, generalmente inclinada hacia delante, en dirección al centro del pie. El ligamento roto se vuelve a coser al pequeño hueso de la parte externa del tobillo (el peroné) mediante pequeños anclajes o puntos que se pasan a través de diminutos túneles en el hueso. El tejido cercano puede plegarse sobre la reparación para reforzarla. Al mismo tiempo, se extraen los fragmentos óseos sueltos o los pequeños huesos accesorios que estén causando dolor.

Si el tejido del ligamento está demasiado desgastado o estirado para sujetar los puntos, o si se trata de una segunda operación, el cirujano puede reconstruir el ligamento utilizando un fragmento de tendón. Este injerto de tendón puede proceder de su propio cuerpo o de tejido de un donante. Se perforan pequeños túneles en los

huesos del tobillo y el injerto se pasa a través de ellos y se fija en su sitio, reproduciendo el trayecto del ligamento original.

Algunas reparaciones se realizan mediante cirugía mínimamente invasiva (artroscópica). El cirujano trabaja a través de pequeñas incisiones con la ayuda de una cámara (un artroscopio) y, al mismo tiempo, puede revisar y tratar lesiones dentro de la articulación del tobillo, sin necesidad de abrir toda la zona.

Sea cual sea la técnica utilizada, la incisión se cierra con puntos y se cubre con un apósito. El cirujano también puede revisar los tendones que pasan por detrás del hueso externo del tobillo y repararlos si están dañados, ya que los problemas en esa zona pueden aparecer junto con las lesiones de ligamentos.

Después de la operación

Al despertar, estará en la sala de recuperación, y las enfermeras permanecerán con usted mientras desaparece el efecto de la anestesia. El tobillo estará cubierto con un apósito, y su equipo controlará el dolor para que se sienta cómodo. Por lo general, podrá apoyar peso sobre el pie poco después de la cirugía, aunque al principio puede usar muletas para desplazarse con seguridad. Alguien debe quedarse con usted durante las primeras 24 horas después de llegar a casa. Su equipo le indicará si podrá irse a casa el mismo día o si pasará una noche en el hospital. Mantenemos el apósito durante unos 10 días; no lo retire antes, a menos que se lo indiquemos. Lo cambiaremos o retiraremos cuando le veamos en consulta.

Recuperación

Durante los primeros días, el tobillo estará dolorido e hinchado. Esto es normal y mejora de forma gradual. El reposo, mantener el pie elevado y los analgésicos que le receten aliviarán las molestias. La hinchazón aparece y desaparece durante un tiempo, y suele empeorar después de haber estado de pie.

Empezará a moverse poco después de la cirugía. La mayoría de las personas pueden apoyar peso sobre el pie pronto, usando muletas al principio para desplazarse con seguridad. Su fisioterapeuta le guiará con ejercicios para recuperar el movimiento y la fuerza, aumentándolos a medida que el tobillo lo permita. Llevará el apósito durante unos 10 días, y revisaremos la herida cuando le veamos en consulta. En casa, mantenga el apósito seco, dé paseos cortos según se le indique y evite torcer o doblar el tobillo.

A medida que la hinchazón disminuye y vuelve el movimiento, las tareas cotidianas se vuelven más fáciles. Irá dejando las muletas y pasará a caminar a su propio ritmo. No podrá conducir hasta que su propio cirujano lo autorice: no se puede conducir mientras lleve un yeso, una bota o una ortesis en el tobillo operado, ni mientras deba evitar apoyar peso sobre él, y deberá haber dejado los analgésicos fuertes y ser capaz de mover el pie entre los pedales y frenar con fuerza sin dudar. La bota no es una excepción, y que le retiren el yeso o la bota no significa por sí solo que ya pueda conducir. Importa qué tobillo se operó, y también si el coche es automático o manual: en un coche automático, el pie derecho es el que frena, mientras que en uno manual el pie izquierdo acciona el embrague. La vuelta al deporte se hace por etapas, empezando por actividades en línea recta y avanzando hasta los giros y cambios de dirección que su tobillo hacía antes. Su fisioterapeuta le dirá cuándo es seguro pasar a cada etapa.

Cada persona se recupera a un ritmo diferente, por lo que sus plazos pueden ser distintos a los de otras personas. Su cirujano y su fisioterapeuta le orientarán en cada consulta y ajustarán el plan a medida que avance.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo le vigilan de cerca para detectar cualquier problema a tiempo.

Los nervios situados cerca de la parte externa del tobillo pueden irritarse durante la cirugía. Si esto ocurre, podría notar entumecimiento, hormigueo, ardor o una sensación aguda, como una descarga eléctrica, en la parte superior o en el borde externo del pie. La mayor parte de la irritación nerviosa desaparece por sí sola en un plazo de semanas a meses. Infórmenos en su próxima revisión si nota alguna de estas sensaciones.

En ocasiones, la herida puede dar problemas. Esté atento a un enrojecimiento que se extienda desde la incisión, a la salida de líquido o pus, o a una piel que se vea oscura o deteriorada. Podría sentir un dolor profundo y pulsátil que no mejora con analgésicos comunes, o tener fiebre. Si observa cualquiera de estos signos, llame a la clínica de inmediato. Algunas infecciones de la herida requieren antibióticos o un pequeño procedimiento para drenarlas, por lo que es importante una revisión temprana.

Los puntos o pequeños anclajes utilizados para sujetar la reparación pueden, en ocasiones, rozar o presionar bajo la piel. Se nota como un punto sensible, un bulto o una sensación de chasquido cerca de una de las pequeñas cicatrices. Suele ser leve, pero si le molesta, coméntelo en su próxima revisión. Un procedimiento sencillo con anestesia local permite retirar la parte que causa la irritación.

En raras ocasiones, el ligamento reparado puede volver a romperse o estirarse. Notaría que el tobillo vuelve a estar inestable, con torceduras o esguinces repetidos, hinchazón y dolor en la parte delantera del tobillo. Si el tobillo vuelve a ceder después de un período de estabilidad, póngase en contacto con la clínica para que podamos evaluarlo.

Algunas personas notan rigidez después de la operación. Se siente como una tirantez al doblar el tobillo hacia arriba o al girar el pie hacia dentro, y puede limitar el movimiento del tobillo. La fisioterapia suele ayudar. Coméntelo en su revisión si el movimiento no mejora.

La tabla de complicaciones de esta página indica las tasas habituales, por si desea conocer los detalles.

¿Cuándo deben llamarnos?

Llámenos de inmediato si tiene fiebre, o si la piel alrededor de la herida se vuelve más roja, se hincha o empieza a supurar líquido. Acuda a urgencias si presenta un dolor intenso y repentino, hinchazón en la pantorrilla o dificultad para respirar. Estos pueden ser signos de un coágulo sanguíneo. Acuda también a urgencias si pierde la sensibilidad en el pie o no puede moverlo. Si el entumecimiento, el hormigueo o el ardor aparecen de forma gradual, llame a la clínica para que podamos evaluarle.

Reconstrucción del ligamento lateral

Tasas de complicaciones según la literatura publicada

Se han recopilado datos de 45 estudios publicados. Se trata de tasas a nivel poblacional, no de su riesgo individual; su cirujano le explicará qué se aplica en su caso.

COMPLICACIÓN	TASA REPORTADA	NOTAS
Lesión nerviosa	9.1%	Se han reportado complicaciones neurológicas leves, como la neurapraxia del nervio peroneo superficial o del nervio sural, en aproximadamente el 9,1% de los pacientes sometidos a reconstrucción artroscópica.
Re-desgarro	6.7-8.1%	El re-desgarro del ligamento talofibular anterior, detectado mediante resonancia magnética, ocurre en un 6,7% a 8,1% de los pacientes; suele asociarse con inestabilidad recurrente y molestias funcionales.
Infección (profunda)	—	Las infecciones locales de la herida o la formación de abscesos son poco frecuentes pero posibles; normalmente se resuelven con antibióticos o drenaje local. Las técnicas mínimamente invasivas pueden reducir este riesgo.
Rigidez	25%	En un estudio sobre reparación anatómica, se observó que el 25% de los pacientes presentaba limitación en el rango de movimiento, especialmente en dorsiflexión o inversión, lo que generaba sensación de rigidez en el tobillo.
Irritación por nudos	—	El dolor o malestar derivado de nudos de sutura o anclajes prominentes constituye una complicación conocida; en ocasiones es necesaria su extirpación bajo anestesia local.
Esguince recurrente	15.4%	En un estudio sobre reparación anatómica en la cara talar, el 15,4% de los pacientes sufrió esguince recurrente tras volver a practicar deportes.
Problemas de cicatrización	—	Pueden presentarse complicaciones cutáneas, como desprendimiento de piel o retraso en la cicatrización, si se realiza un desprendimiento subcutáneo extenso; se recomienda preservar el cojín adiposo inframaleolar.

COMPLICACIÓN	TASA REPORTADA	NOTAS
Tromboembolismo	—	Un coágulo sanguíneo en una vena de la pierna es una complicación reconocida de esta reparación, pero no existe una cifra fiable sobre la frecuencia con la que se produce.

He leído esta información y he tenido la oportunidad de hacerle preguntas al Dr. Hirpara acerca del procedimiento, de la recuperación esperada y de las complicaciones mencionadas anteriormente.

PACIENTE — NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)

FIRMA

FECHA