



Medicina del deporte

Aumento de la estructura anterolateral en pacientes de alto riesgo sometidos a reconstrucción del LCA

Cómo citar

OrtoEvidencia. Aumento de la estructura anterolateral en pacientes de alto riesgo sometidos a reconstrucción del LCA. Informe ACE. 2021;97(1):1. Disponible en: <https://myorthovidence.com/AceReport/Report/13916>

Tipo de estudio: Terapia	Evidencia de nivel OE: 1	Nivel de evidencia de la revista: 1
---------------------------------	---------------------------------	--

Reconstrucción de desgarros crónicos del LCA con o sin aumento de la estructura anterolateral en pacientes con alto riesgo de fracaso clínico: Un ensayo clínico aleatorio.

J Bone Joint Surg Am. 2021 Aug 18;103(16): 1482-1490.

Autores colaboradores: [J Chen](#) [C Xu](#) [E Cho](#) [X Huangfu](#) [J Zhao](#)

Sinopsis

Ciento veinte pacientes con desgarros crónicos del LCA que se sometieron a una reconstrucción del LCA (ACLR) y que se consideraron de alto riesgo de fracaso clínico fueron aleatorizados para recibir ACLR y aumento de la estructura anterolateral (ALSA) (n=63) o ACLR solo (n=57). El resultado primario de interés fue la tasa de fracaso clínico. El fracaso clínico se definió mediante la exploración física (prueba de Lachman, prueba de cajón anterior de grado 2 de 3, una diferencia de lado a lado de >5 mm en un artrómetro KT-1000 [MEDmetric], un grado de prueba de desplazamiento de pivote de 2 de 3 o un grado de prueba de desplazamiento de pivote persistente de 1 detectado en 2 visitas) o la reutilización del injerto confirmada mediante imágenes o examen artroscópico. Los resultados secundarios incluyeron los resultados informados por los pacientes y el regreso al juego. El grupo de ACLR + ALSA tuvo tasas significativamente menores de fracaso clínico que el grupo de ACLR solo. No hubo diferencias en los resultados comunicados por los pacientes, medidos por la puntuación de Lysholm, la puntuación del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla (IKDC), la puntuación de Tegner y la puntuación de la escala de actividad de Marx. No hubo diferencias en las tasas globales de regreso al juego, pero los pacientes del grupo de ACLR + ALSA tuvieron tasas significativamente más altas de regreso al nivel anterior a la lesión y de regreso al deporte competitivo.

Detalles de la financiación de la publicación

Financiación	Detalles de la financiación	Divulgaciones
Privado sin ánimo de lucro	Este trabajo fue apoyado por el Programa Nacional Clave de Investigación y Desarrollo de China (Subvención N° 2018YFC1106200, 2018YFC1106202) y el Proyecto de Orientación de Medicina Occidental de la Comisión de Ciencia y Tecnología del Municipio de Shanghái (Subvención N° 17411966400).	No se ha divulgado

¿Por qué era necesario este estudio ahora?

Las lesiones del LCA constituyen un gran porcentaje de todas las lesiones de rodilla, sobre todo en la población activa. La reconstrucción quirúrgica es el pilar del tratamiento, sobre todo para los pacientes más jóvenes que desean volver a realizar actividades de alto nivel. Sin embargo, las reconstrucciones aisladas del LCA tienen tasas de fracaso relativamente altas, especialmente en poblaciones jóvenes y activas. La unidad anterolateral está formada por la banda iliotibial, la cápsula anterolateral y el ligamento anterolateral. En los últimos años ha habido un gran interés en el aumento de la unidad anterolateral para reducir el fracaso clínico en esta población de pacientes. Se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorio para evaluar la utilidad del aumento anterolateral en la reconstrucción del LCA.

¿Cuál era la pregunta principal de la investigación?

En pacientes de alto riesgo con roturas crónicas del LCA que se someten a una reconstrucción del LCA, ¿cómo se compara el aumento de la estructura anterolateral con la ausencia de aumento respecto a los resultados clínicos?

¿Cuáles fueron las características importantes del estudio?

Población

120

Tamaño total de la muestra

Se consideró la inclusión de todos los pacientes <45 años con una rotura crónica del LCA y considerados de alto riesgo. Los pacientes de alto riesgo se definieron como aquellos que cumplían los siguientes criterios: (1) participación en deportes de pivote (2) presencia de un desplazamiento de pivote de grado 3, (3) laxitud ligamentosa generalizada (puntuación de Beighton, ≥4) y/o (4) mayor pendiente lateral posterior-inferior de la tibia (≥10.6).

Intervención

57

Reconstrucción del ligamento cruzado anterior

Edad media: 29,9 años. 79%. Todos los pacientes fueron sometidos a un ACLR de doble haz de isquiotibiales. Los tendones del semitendinoso y del gracilis se cosecharon y se cuadruplicaron en un total de 8 cordones como injertos para el injerto de doble haz del LCA. Se crearon sucesivamente dos túneles tibiales situados en el centro de la huella tibial del LCA y dos túneles femorales situados en el centro de la huella femoral del LCA mediante una técnica transtibial

Comparación

63

Reconstrucción del ligamento cruzado anterior

Edad media: 30 años. 87% hombres. Se cosecharon el semitendinoso, el gracilis y la mitad anterior del tendón del peroneo largo. El haz AM y el túnel tibial para el haz PL es el mismo que en las RCA aisladas. Se creó un túnel femoral común para el haz posterolateral y la estructura anterolateral. La estructura anterolateral se colocó bajo la banda iliotibial y se colocó un tornillo de interferencia en el túnel femoral común para la estructura anterolateral y el haz posterolateral.

- [Puntuación de la rodilla de Lysholm](#)
- [Puntuación del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla \(IKDC\): Puntuación subjetiva](#)
- [Puntuación de actividad de Tegner](#) [Puntuación MARX](#)
- [Ligamento cruzado anterior - Regreso al deporte después de la lesión \(ACL-RSI\)](#)
- Resultados** [Prueba de desplazamiento de pivote](#) [Prueba de Lachman](#) [Prueba del cajón anterior](#)
- [KT-1000 diferencia de lado a lado](#) [Fracaso clínico compuesto](#) [Incidencia de la retirada del implante](#)
- [Incidencia del desbridamiento](#) [Incidencia de retraso en la cicatrización de la herida](#) [Cirugía adicional](#)
- [Incidencia de la vuelta al juego](#) [Incidencia de la vuelta a los niveles de actividad anteriores a la lesión](#)
- [Incidencia de la vuelta al nivel competitivo](#) [Motivo para no volver a jugar](#)
- Métodos** [ECA](#) [Un solo centro](#) [Cegador](#) [Paradigma](#)
- Tiempo** [Línea de base](#) [2 años](#)

¿Cuáles fueron los resultados importantes?

El grupo de ACLR + ALSA tuvo tasas significativamente menores de fracaso clínico que el grupo de ACLR solo. El grupo de ACLR + ALSA también mejoró el retorno a los niveles anteriores a la lesión y el retorno al deporte de competición. No hubo diferencias significativas en ninguno de los resultados comunicados por los pacientes.

■ Mucho mejor
 ■ No hay diferencia
 ■ Mucho mejor

Reconstrucción del ligamento cruzado anterior	Reconstrucción del ligamento cruzado anterior, aumento de la estructura anterolateral	Riesgo de sesgo
Proporción de eventos (menor = mejor)		
Fracaso clínico compuesto 2 años	20.4%	3.3%
Proporción de eventos (mayor = mejor)		
Incidencia de la vuelta al juego 2 años	72.2%	81.7%
Proporción de eventos (mayor = mejor)		
Incidencia de la vuelta a los niveles de actividad anteriores a la lesión 2 años	27.8%	48.3%
Proporción de eventos (mayor = mejor)		
Incidencia de la vuelta al nivel competitivo 2 años	42.6%	63.3%

✖ Alto riesgo de sesgo
 ! Algunas preocupaciones
 ✔ Bajo riesgo de sesgo

¿Qué es lo que más debo recordar y cómo afectará a la atención de mis pacientes?

La adición de ALSA a la RCA reduce las tasas de fracaso clínico en comparación con la RCA sola en pacientes de alto riesgo. Sin embargo, no hubo diferencias en los resultados comunicados por los pacientes. Es necesario seguir investigando en este ámbito.

[JB&JS](#) Access Related Content from JBJS Clinical Summaries

Los autores responsables de esta evaluación crítica y del Informe ACE indican que no hay conflictos de intereses potenciales relacionados con el contenido de la publicación original.

Para la reproducción y las autorizaciones, haga clic [aquí](#)