

Abordaje fisioterapéutico en el paciente post operado de reconstrucción del ligamento cruzado anterior: A propósito de un caso.

Hector Daniel Gadea Xolalpa* Jaqueline Lecona° Melani Pacheco°

*Fisioterapeuta, Clínica Recovery.

°Fisioterapeuta adjunto Clínica Recovery

Resumen.

Antecedentes. La ruptura del ligamento cruzado anterior es una de las lesiones más frecuentes en deportistas, así como de las más complejas por el periodo de recuperación. Los signos y síntomas más frecuente son dolor mínimo o nulo, crepitación, bloqueo, inflamación e inestabilidad articular. Llevar a cabo cada fase de rehabilitación es muy importante para que el deportista y/o paciente se recupere y se pueda reintegrar a sus actividades, así mismo, es fundamental plantear e identificar objetivos generales y específicos para obtener un resultado positivo.

Objetivo. Presentar el caso de un paciente post operado de ruptura del ligamento cruzado anterior, el abordaje fisioterapéutico, evolución y los resultados obtenidos.

Reporte de caso. Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 33 años, que ha sido atendido en el servicio de rehabilitación durante 4 meses con el diagnóstico médico de "PO de Plastia del Ligamento Cruzado Anterior de rodilla derecha con autoinjerto de Semitendinoso y Recto Interno". Se realizó una revisión exhaustiva sobre el abordaje fisioterapéutico con mayor evidencia para cada una de las fases de rehabilitación de la reconstrucción quirúrgica del ligamento cruzado anterior. El tratamiento se basó en la aplicación de agentes físicos, técnicas de terapia manual y ejercicio terapéutico; cómo ejercicios de estabilidad, equilibrio y fortalecimiento. Se logró una reintegración deportiva exitosa.

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 33 años que ha realizado su tratamiento en clínica Recovery durante 4 meses con el diagnóstico médico de post-operado de plastia del Ligamento Cruzado Anterior de rodilla derecha con autoinjerto de Semitendinoso y Recto Interno. Ingresó al servicio, un mes posterior a la cirugía, con uso de rodillera mecánica, rango de movimiento activo de 80° y pasivo de 90° hacia flexión de rodilla, extensión de -10° pasiva y completa de forma pasiva, EMM 3+/5 global, REM's y sensibilidad conservada, cicatriz quirúrgica adherida en plano medio, no equimosis, aumento de volumen de 3 centímetros peritrotuliano y 1 centímetro en extremos de la rodilla, rotula con adecuada movilidad, dolor en polo inferior de rodilla y hueco poplíteo, maniobras de estabilidad (-), presentando dolor intermitente tipo punzante durante postura prolongadas.

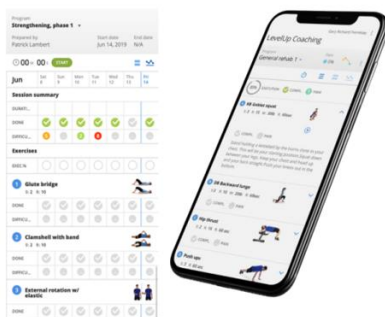
Se realizaron 12 sesiones iniciales, enfocadas en la aplicación de agentes físicos por medio de electroanalgesia con corrientes de mediana frecuencia simultaneo a la aplicación de termoterapia modificar la viscoelasticidad tisular previo a la intervención con terapia manual, misma que se enfocó en generar amplitud articular por medio de movilizaciones accesorias en concepto

Maitland en rango final de movimiento, intensidad grado III-IV, con el enfoque de favorecer amplitud de movimiento bajo principios artrocinemáticos como el los deslizamientos posteroanteriores, valgo/varo y rotaciones accesorias, los cuales son indispensables para el recorrido articular del movimiento fisiológico en la rodilla. La misma aplicación de Terapia manual por profesionales entrenado ha mostrado tener efectos neurofisiológicos de analgesia e inhibición de artroreceptores para inducir a un ejercicio terapéutico más eficiente.

Según los protocolos terapéuticos de Recovery, posterior a la aplicación de agentes físicos y terapia manual se progresó con ejercicio terapéutico enfocado en recuperar rangos óptimos de movimiento y reeducación de cualidades neuromusculares, por medio de entrenamiento en cicloergómetro de miembro superior por 10 min con intensidades oscilantes al 5/10 en escala de percepción de esfuerzo percibido, ejercicio de fuerza en gesto funcional de Squat al 75% de su resistencia máxima obteniendo 12 repeticiones



máximas cumpliendo los criterios de gestos efectivo ligados al control postural y velocidad de ejecución, el programa de entrenamiento neuromuscular y propioceptivo se basó en progresiones de superficies estables a inestables, de gestos estáticos a dinámicos y con perturbaciones sensoriomotrices cuyos avances fueron delimitados por escalas de percepción de esfuerzo percibido oscilantes en 4/10 de escala OMNI, control postural enfatizando en alienación óptima del miembro inferior. Adicionalmente la paciente contó con un programa de ejercicio individualizado por medio de una plataforma en su teléfono inteligente, misma que ayudaba a reportar y brindar seguimiento a los fisioterapeutas sobre el entrenamiento realizado en casa, así como una constante comunicación sobre la percepción de dificultad y complicaciones en cada ejercicio. Dichos datos fueron retomados en terapia para garantía de ejercicio terapéutico libre de dolor.



La mejora constante en la movilidad permitió controlar el dolor residual e inflamación en actividades funcionales, así como la seguridad y actividades de vida diaria. Como parte de las intervenciones de movilidad tisular y asistencia para liberar restricción en cicatriz se utilizó un tratamiento basado en fibrólisis diacutánea, cuyo tratamiento consistió en la movilización específica



Abordaje fisioterapéutico en el paciente post operado de reconstrucción del ligamento cruzado anterior: A propósito de un caso.
Hector Daniel Gadea Xolalpa, Jaqueline Lecona, Melani Pacheco

Al concluir las 12 sesiones es valorado por el médico especialista obteniendo, mejoría en movilidad, disminución de dolor y de volumen periarticular de rodilla derecha, por lo que se recomendaron 15 sesiones más de tratamiento de forma alterna, con retiro progresivo de rodillera mecánica durante actividades de la vida diaria, realizando énfasis en el fortalecimiento neuromuscular, así como en ejercicios de estabilidad y equilibrio, bajos las directrices explicadas.



Durante las 15 sesiones se progresaron los ejercicios de fortalecimiento conforme la evolución y percepción de esfuerzo del paciente, al terminar el bloque se realiza una valoración subsecuente en donde se ve reflejada la notable mejoría en movilidad, obteniendo rangos completos de forma activa hacia flexión y extensión de rodilla derecha, cicatriz sin adherencia en plano medio, fuerza Muscular evaluada 5/5, por lo que se genera comunicación con su médico ortopedista para valorar reintegración a actividad deportiva de ciclismo, de forma progresiva y sin generar cambios de dirección.

Bibliografía

Dressendorfer, R., Watkins, L., (2017). Anterior Cruciate Ligament: Reconstruction. Cinahl Information Systems.

Dressendorfer, R., Callanen, A., (2017). Anterior Cruciate Ligament: Prevention. Cinahl Information Systems.

AAOS. (2014). Management of Anterior Cruciate Ligament Injuries, Evidence Based Clinical Practice Guideline. American Academy of Orthopaedic Surgeons.

