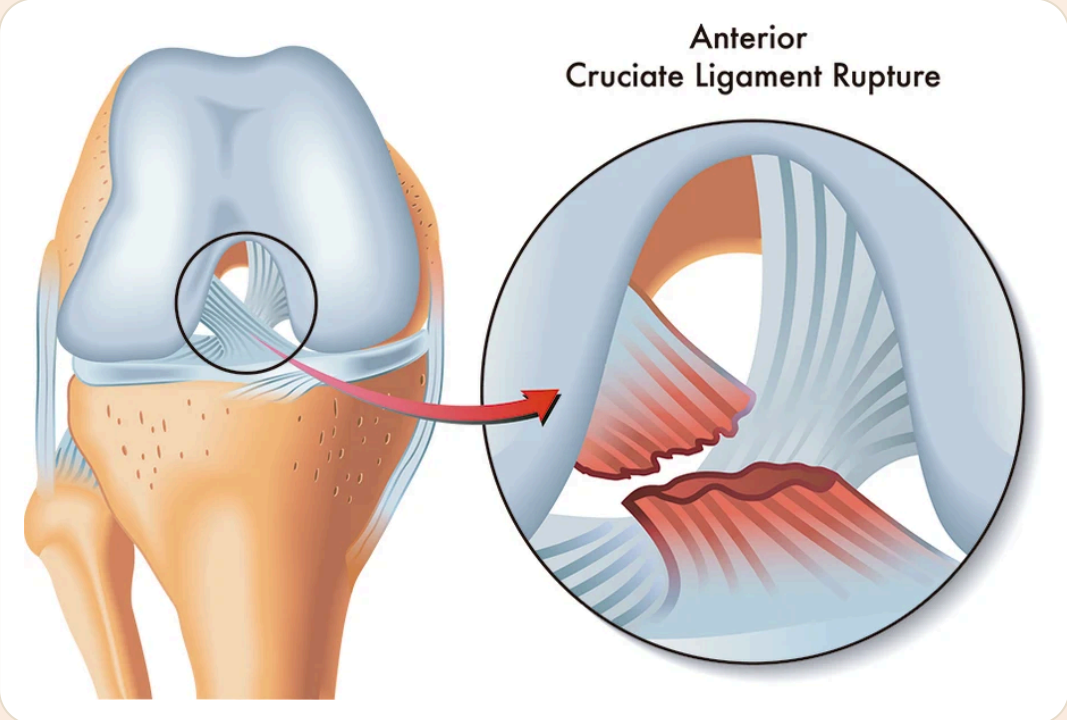
Método 1%

Guía completa del LCA

Todo lo que necesitas saber sobre la rotura del ligamento cruzado anterior: qué es, tipos, operaciones y fases de recuperación.



1. Qué es el LCA



El **ligamento cruzado anterior (LCA)** es una banda de tejido fuerte y resistente que une el fémur con la tibia, en el centro de la rodilla. Junto con el ligamento cruzado posterior forma una “X” dentro de la articulación.

Sus funciones principales son:

- **Evitar que la tibia se desplace hacia delante** respecto al fémur.
- **Controlar las rotaciones** de la rodilla, sobre todo en giros y cambios de dirección.
- **Aportar información al cerebro** sobre la posición de la rodilla (propiocepción), imprescindible para moverte con control y confianza.

Cuando el LCA se rompe, la rodilla puede “fallar” o dar sensación de inestabilidad, especialmente en deportes con giros, saltos o frenadas, y a veces también en la vida diaria.

2. Cómo se produce la lesión

La mayoría de roturas de LCA **ocurren sin contacto**: una frenada brusca, un cambio de dirección, un giro con el pie fijo en el suelo o una mala recepción tras un salto. También puede producirse por un golpe directo, como en una entrada en fútbol o una caída esquiando.

Lo que suele notarse

- Un “pop” o chasquido en la rodilla.
- Dolor intenso e imposibilidad de seguir con la actividad.
- Hinchazón rápida (en las primeras horas).
- Sensación de que la rodilla se “va” o se descoloca.
- Dificultad para estirar o doblar la rodilla por completo.

Cómo se diagnostica

- **Exploración clínica**: pruebas como Lachman, cajón anterior y pivot shift.
- **Resonancia magnética (RMN)**: confirma la lesión y revela si hay daños asociados (menisco, cartílago, otros ligamentos).

3. Tipos de rotura del LCA

No todas las roturas son iguales. Conocer el tipo ayuda a decidir el tratamiento.

Según el grado de la lesión

- **Grado I (esguince leve)**: el ligamento se estira, pero no se rompe. La rodilla suele mantenerse estable.
- **Grado II (rotura parcial)**: algunas fibras se rompen y otras se mantienen. Puede haber cierta inestabilidad.
- **Grado III (rotura completa)**: el ligamento se rompe del todo. Es la más frecuente cuando se habla de “rotura de LCA”.

Según el tipo de rotura

- **Parcial**: afecta solo a una parte del ligamento (por ejemplo, uno de sus dos haces).
- **Completa**: el ligamento pierde su continuidad.
- **Avulsión**: el ligamento se arranca de su inserción llevándose un fragmento de hueso. Es más habitual en adolescentes.
- **Según la localización**: proximal (cerca del fémur), en la parte media o distal (cerca de la tibia). Esto es relevante si se plantea una reparación en lugar de una reconstrucción.

Lesiones asociadas frecuentes

Muchas roturas de LCA no vienen solas:

- **Menisco** (interno o externo): puede requerir sutura o limpieza.
- **Ligamento lateral interno (LLI)**: suele tratarse de forma conservadora.
- **Cartílago**: daño en la superficie articular.
- **Contusión ósea**: “moratón” en el hueso, visible en la RMN.

Cuando coinciden LCA, ligamento lateral interno y menisco se habla de la clásica “tríada” de la rodilla.

4. ¿Hay que operarse siempre?

No. La decisión depende de ti, no solo de la imagen de la resonancia. Se tienen en cuenta:

- Si tu rodilla **se muestra inestable** en la vida diaria o el deporte.
- El **tipo de deporte** que quieres retomar (los deportes de pivote exigen más al LCA).
- Tu **edad, tu trabajo y tus objetivos**.
- Las **lesiones asociadas**, sobre todo si hay un menisco que reparar.
- Tu **respuesta a la rehabilitación** inicial.

Tratamiento conservador: hay personas que, con una buena rehabilitación basada en fuerza y control neuromuscular, recuperan una rodilla funcional sin cirugía. Estudios como el ensayo KANON mostraron que empezar por rehabilitación y operar solo si es necesario puede ofrecer resultados similares a la cirugía inmediata en muchos pacientes. Es una opción válida, pero no para todo el mundo: hay que valorarla de forma individual.

Cirugía: suele recomendarse cuando persiste la inestabilidad, cuando se quiere volver a deportes de giro y salto, o cuando hay lesiones asociadas que necesitan reparación.

5. Las operaciones del LCA

La técnica más habitual es la **reconstrucción del LCA mediante artroscopia**: el cirujano sustituye el ligamento roto por un **injerto**, que se fija en el hueso mediante pequeños túneles. La cirugía se realiza con pequeñas incisiones y la hospitalización suele ser corta.

Tipos de injerto

Isquiotibiales (semitendinoso y gracilis)
Muy utilizado. Menos dolor en la zona donante y buena recuperación; puede haber un déficit temporal de fuerza de isquios que hay que trabajar.

Tendón rotuliano (hueso-tendón-hueso)
Fijación sólida hueso con hueso. Es habitual en deportistas, aunque puede dar más dolor anterior de rodilla (al arrodillarse).

Tendón del cuádriceps
Cada vez más utilizado, con buenos resultados; requiere trabajar bien la fuerza del cuádriceps después.

Aloinjerto (de donante)
Evita tomar tejido propio, pero en personas jóvenes y activas tiene mayor riesgo de nueva rotura.

No existe un injerto “perfecto” para todos: la elección depende de tu perfil, tu deporte y la experiencia de tu cirujano.

Otras técnicas

- **Plastia extraarticular lateral (tenodesis)**: refuerzo adicional que puede asociarse a la reconstrucción en pacientes con alto riesgo de nueva rotura (jóvenes, deportes de pivote, rodillas muy inestables).
- **Reparación primaria del ligamento**: en casos seleccionados, como roturas proximales recientes. No es una opción para todos los pacientes.
- **Cirugía de menisco asociada**: **sutura** del menisco siempre que sea posible, o resección parcial si no es reparable. Esto cambia el ritmo de la rehabilitación.
- **Cirugía de revisión**: cuando el injerto falla y hay que repetir la intervención.

Siempre es tu cirujano quien decide la técnica. Tu fisioterapeuta se adapta a ella.

6. Las fases de la recuperación

La rehabilitación del LCA no se mide solo en meses. En Método 1% trabajamos **por criterios**: pasas a la siguiente fase cuando tu rodilla cumple los objetivos, no cuando lo marca el calendario. Los plazos que verás son orientativos.

1

Llega fuerte a la cirugía

Cuándo: desde la lesión hasta el día de la operación (prehabilitación).

Objetivos:

- Bajar la inflamación y el dolor.
- Recuperar la **extensión completa** y una buena flexión.
- Activar el cuádriceps y mantener la fuerza.
- Caminar sin cojera.

Por qué importa: una rodilla sin hinchazón, con buen rango de movimiento y fuerte antes de la cirugía suele recuperarse más rápido y mejor.

2

Recupera el control

Cuándo: primeras semanas tras la cirugía.

Objetivos:

- Controlar el dolor y la hinchazón.
- Conseguir **extensión completa** cuanto antes y progresar en la flexión.
- Reactivar el cuádriceps.
- Volver a caminar con normalidad y sin muletas.

3

Construye una rodilla fuerte

Objetivos:

- Ganar **fuerza** progresiva de cuádriceps, isquiotibiales, glúteo y pantorrilla.
- Mejorar el equilibrio y el control de la rodilla.
- Preparar la rodilla para la carrera: la carrera empieza cuando se cumplen los criterios, no antes.

Importante: durante los primeros meses el injerto atraviesa un proceso de adaptación biológica ("ligamentización") en el que es más vulnerable. Por eso es clave progresar con criterio.

4

Vuelve al deporte sin miedo

Objetivos:

- Carrera progresiva.
- Saltos, aterrizajes y cambios de dirección.
- Trabajo específico de tu deporte.
- Recuperar la **confianza psicológica** en tu rodilla.

5

Rinde al 100% sin recaídas

Objetivos:

- Volver a entrenar y competir con normalidad.
- Mantener la fuerza y la prevención a largo plazo.
- Reducir el riesgo de una nueva lesión.

Criterios para volver al deporte

Volver demasiado pronto es uno de los factores que más aumentan el riesgo de una nueva rotura. Antes de volver a deportes de pivote, evaluamos:

≥90%	≥90%	≥65	~9 meses
Fuerza: simetría (LSI) en cuádriceps e isquiotibiales	Test de saltos: simetría entre piernas	Confianza psicológica: cuestionario ACL-RSI	Tiempo mínimo orientativo para deportes de pivote

Además valoramos el **control del movimiento** en aterrizajes y cambios de dirección. La evidencia asocia retrasar la vuelta a deportes de pivote hasta alrededor de 9 meses con un menor riesgo de nueva lesión.

7. Errores frecuentes

- Operarse con la rodilla hinchada, rígida y sin fuerza.
- Ir con prisa y saltarse fases porque “ya me encuentro bien”.
- Guiarse solo por el calendario y no por los criterios.
- Descuidar la fuerza del cuádriceps y de la pierna operada.
- Ignorar el miedo a volver a lesionarse.
- Volver al deporte sin pasar tests objetivos.
- Dejar de entrenar la rodilla cuando recibes el alta.

8. Cuándo consultar con urgencia

Contacta con tu médico o fisioterapeuta sin esperar si tras la cirugía notas:

- Fiebre, enrojecimiento intenso o secreción en las heridas.
- Dolor, hinchazón o calor en la pantorrilla.
- Dificultad para respirar o dolor en el pecho (acude a urgencias).
- Aumento brusco del dolor o de la hinchazón sin motivo.
- Sensación de que la rodilla vuelve a fallar.

9. Preguntas frecuentes

¿Me puedo mover antes de operarme?
Sí, y es recomendable. La prehabilitación mejora el punto de partida para la cirugía.

¿Cuánto tarda la recuperación?
Depende de cada persona y de los criterios, pero para deportes de pivote se habla de unos 9 meses o más.

¿Puedo correr antes de los 9 meses?
La carrera se introduce antes, de forma progresiva y cuando se cumplen los criterios. Lo que se retrasa es la vuelta a deportes de giro y contacto.

¿Es normal tener miedo a volver a lesionarme?
Sí. Es muy habitual y se trabaja como una parte más de la recuperación.

¿Se puede volver a romper?
Sí, pero el riesgo se reduce con buena fuerza, control y una vuelta al deporte bien planificada.

10. Cómo trabajamos en Método 1%

En **Método 1%** acompaño a pacientes con lesiones de LCA y menisco en tres caminos, según el momento en que estés:

Prequirúrgico
Llegas a la cirugía con la rodilla sin hinchazón, con movimiento completo y con la mayor fuerza posible, y sabiendo qué te espera.

Postquirúrgico
Recuperación guiada, fase a fase, adaptada a tu cirugía y a tu injerto, con objetivos claros en cada etapa.

Conservador
Rehabilitación sin cirugía, basada en fuerza y control, cuando es una opción válida para ti.

Mi filosofía: rehabilitación basada en criterios, no en el calendario. Avanzas cuando tu rodilla está lista, medimos tu progreso con tests objetivos y trabajamos fuerza, control y confianza, para que vuelvas al deporte sin miedo y sin recaídas.

Así es el proceso

1

Valoración inicial

Empezamos por conocerte: tu lesión, tu cirugía o informe médico, tu deporte y lo que quieres volver a hacer. Evaluamos movilidad, hinchazón, fuerza y control para saber exactamente desde dónde partimos.

2

Plan individual

No hay dos rodillas iguales. Diseñamos tu plan según tu momento (prequirúrgico, postquirúrgico o conservador), el tipo de cirugía y tus objetivos, en coordinación con tu cirujano cuando es necesario.

3

Trabajo por fases y criterios

Cada fase tiene objetivos claros y medibles. Cuando los cumples, pasas a la siguiente; si todavía no, seguimos construyendo base. Así evitamos tanto las prisas como los frenos innecesarios.

4

Tests objetivos

Medimos fuerza, saltos y control del movimiento, y valoramos también tu confianza en la rodilla. Los números, y no solo las sensaciones, nos dicen cuándo estás listo para correr, saltar y volver a competir.

5

Vuelta al deporte y prevención

La vuelta al deporte es progresiva y específica de tu actividad. Y cuando termina la rehabilitación, te dejo un plan de fuerza y prevención para mantener tu rodilla fuerte a largo plazo.

¿Hablamos de tu recuperación?

Cuéntame en qué punto estás y cuáles son tus objetivos.
Valoraremos tu situación para orientarte sobre los siguientes pasos.

CUÉNTAME TU CASO

Esta guía es meramente informativa y no sustituye una valoración individual por parte de un profesional sanitario.