

Laxitud capsuloligamentosa generalizada

DR. J. DE CASTRO-PÉREZ.

Inicio el estudio presentando la ficha de una jugadora de baloncesto, cuya exposición sirve como ejemplo tipo.

R. M. M. P., de 20 años de edad, con padres sanos y que carece de antecedentes patológicos de interés.

Lesiones deportivas anteriores:

Parameniscitis rodilla izquierda 1968 (menisco externo).

Ruptura ligamento lateral interno rodilla izquierda 1968.

Ambos accidentes sufridos en partidos de competición oficial.

Lesión actual: Durante el desarrollo del último partido jugado, sufrió una caída sobre su pierna izquierda en mala posición no pudiendo levantarse por el dolor intenso que sufría en la rodilla.

Después de su reconocimiento es inmovilizada su articulación con una férula de yeso desde la raíz del muslo a la región supramaleolar.

Es visitada a los tres días del accidente a su regreso finalizada la competición. Retirado el vendaje, se observa una rodilla globulosa, hacen

prociencia los fondos de saco sinoviales y hay pérdida del tono del cuádriceps.

A la palpación: hay choque rotuliano, discreto aumento de la temperatura local.

Dolor difuso en la rodilla que aumenta con la abducción forzada de la pierna localizándose entonces en la interlínea externa. La adducción de la pierna es indolora.

Al proyectar la pierna hacia delante manteniéndola en flexión de 90°, hay un pequeño desplazamiento hacia delante (signo del cajón anterior).

No hay bloqueo de la articulación. Hay una pequeña limitación de los movimientos producida por el derrame articular. No hay crujiidos, ni sensación de resorte.

S. de STEINMAN I y II débilmente positivos (interlínea externa).

SMILLIE y BRAGARD negativos. Las maniobras de BÖHLER, PAY, provocan molestias indudables en la interlínea externa.

Diagnóstico clínico: Parameniscitis externa, distensión ligamento cruzado anterior.

Quedó en estudio y tratamiento pendiente de exploración pneumo-artrográfica.

Al explorar la rodilla opuesta y las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas en una de sus manos vemos que hay una elasticidad tan acusada en ellas que son posibles pequeños desplazamientos laterales y movimientos de torsión. La flexión y extensión normales activas están aumentadas en su excursión.

La lesión de la rodilla nos obligó por tanto a comprobar en la rodilla opuesta los límites máximos de desplazamiento que permiten sus ligamentos, para confirmar o desechar la distensión del cruzado anterior en este caso.

Desde el punto de vista *anatómico*, vemos que los medios de unión de las articulaciones móviles, están formados por la cápsula articular reforzada en los puntos, que exigen más resistencia por los ligamentos periféricos, ligamentos interóseos y ligamentos a distancia.

Hay articulaciones en que la cápsula es muy evidente y otras en las que es rudimentaria; como ejemplo de las primeras citamos el hombro y la cadera y como ejemplo de las segundas la articulación tibioperoneo astragalina en la cual si la cápsula es rudimentaria la articulación queda fuertemente fijada por los ligamentos. La vascularización de estos elementos de fijación así como su inervación son muy ricas.

Desde el punto de vista *histológico*, la cápsula y los ligamentos están formados por tejido conjuntivo, tejido de unión fibroso de haces paralelos que consta de fascículos y de células.

Las células ocupan los intersticios lineales de los fascículos y éstos se dividen en primarios y secundarios y éstos separados entre sí por tejido conjuntivo laxo.

La unión de fascículos secundarios forma el ligamento propiamente dicho, el cual está rodeado también por tejido laxo, rico en vasos sanguíneos.

(El tejido conectivo laxo formado por células, haces conectivos y materia amorfa. Los haces conectivos formados por fibras colágenas muy resistentes a la tracción).

Recordamos desde el punto de vista *fisiológico* que el tejido conectivo que forma el tejido de sostén de la articulación ejerce funciones mecánicas con verdadera importancia biológica. Está formado por células, fibras y sustancia fundamental.

El componente fibroso está constituido por:

a) Fibras colágenas que están compuestas

de series de aminoácidos, entre los cuales es característico la hidroxiprolina, que no se encuentra en ninguna otra estructura del organismo.

b) Fibras reticulares cuya composición es idéntica a la de las fibras colágenas y parece ser que la redícula es un fino hilo de fibras colágenas entrelazadas, cubierto por un espeso estrato de polisacáridos a los que se les atribuye son quienes impiden a las fibras colágenas crecer en espesor.

c) Fibras elásticas. Están segregadas por los fibroblastos modificados, capaces de elaborar la proteína característica del tejido elástico. La elastina.

La sustancia fundamental que envuelve las células y las fibras, está formada por proteínas mucosas y mucopolisacáridos, sales minerales, proteínas séricas, etc., que servirían para el alimento de la célula.

Del estudio de los mucopolisacáridos se conoce por ejemplo que el ácido hialurónico desarrolla un importante papel en la regulación del contenido hídrico de los tejidos; que el espesor de las fibras colágenas puede ser «in vitro» influenciado por el ácido condroitinsulfúrico aumentando el espesor; y una disminución por obra del ácido hialurónico.

Todas las alteraciones patogénicas del tejido conjuntivo dirigen la investigación hacia las estructuras extracelulares.

En la *clínica* se observa la laxitud cápsulo-ligamentosa con preferencia en la adolescencia y con predominio en el sexo femenino y es considerada como una debilidad constitucional del aparato ligamentoso.

Los movimientos en su amplitud máxima no tenían un código que señalara sus límites normales. MERLE D'AUBIGNE tiene recogidos en un estudio la amplitud de los movimientos, señalando hasta los movimientos de hiperextensión (hiperextensión normal del codo 15°). Si estos límites se sobrepasan o se consiguen movimientos anormales, como desplazamientos laterales, y en la epífisis distal del cúbito, por ejemplo, se obtiene el signo de la tecla de piano, nosotros diagnosticamos siempre la laxitud capsuloligamentosa generalizada.

En la práctica cuando el tono muscular es normal y existe una buena musculatura ésta puede contrarrestar una importante laxitud capsular y viceversa. Cuando el tono muscular se pierde, cuando se presenta la atrofia si además existe una laxitud, entonces se produce una inestabilidad articular con dolor e impotencia.

Excluimos de este concepto las articulaciones

bailantes congénitas, grado máximo de laxitud, en sus formas localizada y generalizada y el síndrome de EHLER-DANLOS. Excluimos también las elasticidades articulares conseguidas con el ejercicio, ya que las consideramos como una adaptación conseguida por el esfuerzo. Excluimos también la elasticidad articular del niño, elasticidad que va disminuyendo con la pubertad, o que desaparece en la segunda infancia.

Desde el punto de vista *radiológico* tenemos que tener en cuenta, que siempre, ante una lesión articular que sufran en las extremidades estos enfermos, debemos obtener otra placa de la articulación del lado sano para por comparación evitar errores diagnósticos.

No debe extrañarnos encontrar, en edades relativamente tempranas, lesiones articulares degenerativas, visibles radiográficamente y que son consecuencia de los repetidos microtraumas que sufre el fibrocartilago producidos por los movimientos anormales que sufren las articulaciones.

La *profilaxis* de las complicaciones de las lesiones y de las lesiones en sí, se ejerce protegiendo las articulaciones con vendajes duros (vendajes con esparadrapo), imprescindibles al realizar esfuerzos o trabajos violentos.

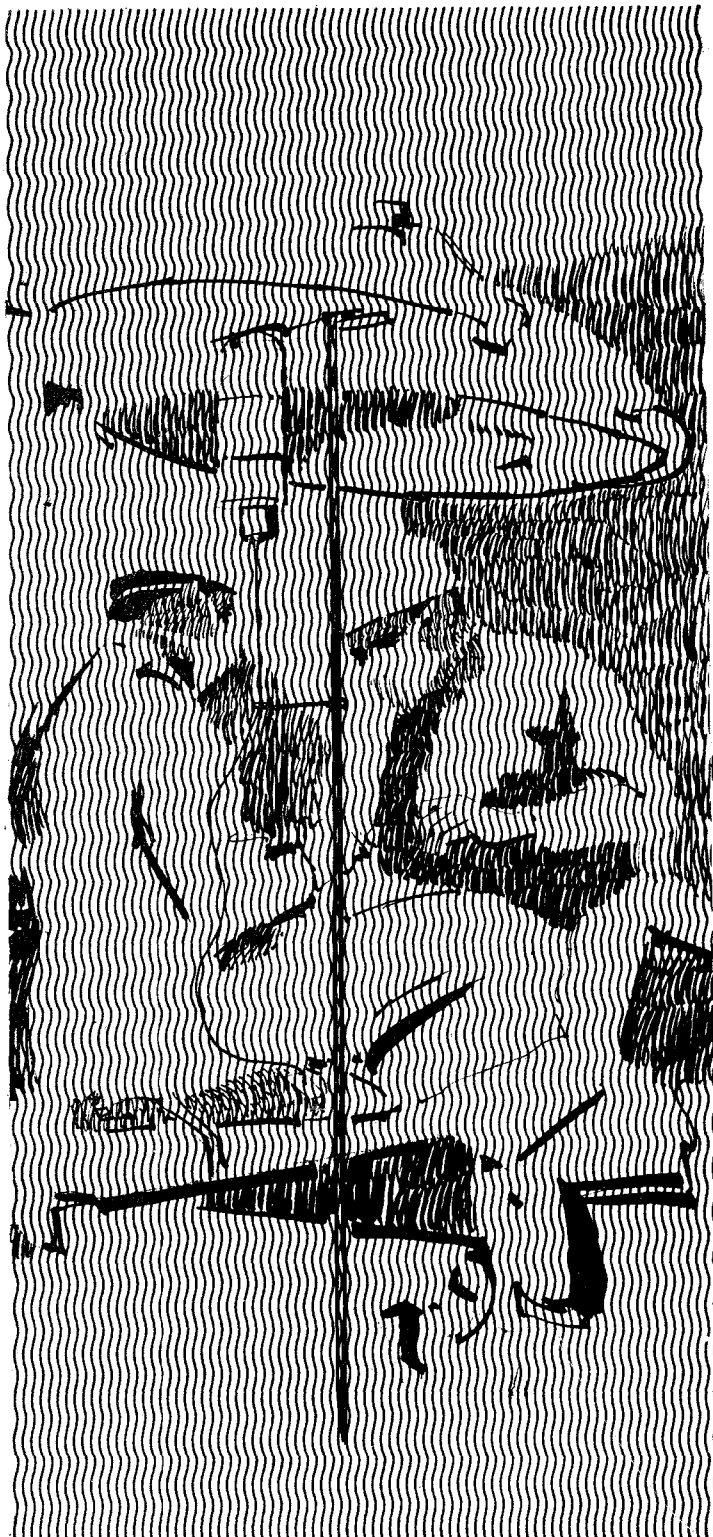
Las *complicaciones* frecuentes, esguinces, rupturas parciales o totales de ligamentos o la elongación de los mismos, obligan a la inmovilización con el vendaje citado, o con vendaje enyesado, o la intervención cruenta si es necesario.

En las elongaciones se recomienda:

- a) Tratamiento esclerosante con CLAUDEN y sangre a partes iguales, 10-30 c.c. inyectados diariamente en la zona elongada.
- b) Capsulorrafias de THOMAS.
- c) Capsulectomía parcial de GESLER.
- d) Plicatura de la cápsula. NAVES. Que consideramos el método de elección en la rodilla.

RESUMEN

Sobre un caso clínico de una enferma con una lesión deportiva, lesión compleja por padecer como enfermedad constitucional, una «laxitud capsuloligamentosa generalizada» hacemos unas consideraciones sobre el diagnóstico - pronóstico y tratamiento, después de repasar conceptos anatomo-fisiológicos e histológicos en relación con la citada laxitud.



**Ampollas
Siempre
intravenosas
e incluso mediante
PERFUSION**

Feparil®

- Edemas traumáticos
- Profilaxis y tratamiento de los edemas quirúrgicos
- Edemas cerebrales
- Tumefacciones y congestiones localizadas de cualquier etiología (excepto: edemas cardíacos, renales y hepáticos)

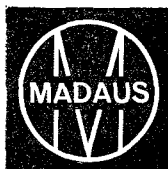
■ 1-2 amp. al día por vía intrav.
(en casos graves puede aumentarse la dosis)

■ 1-3 grageas, tres veces al día

3 amp. dobles liof., 126,90 ptas.

50 grageas, 212,30 *

20 grageas, 94,10. *



MADAUS, S.A.E.

Apartado 9116 Barcelona

Fabricación y venta: Orfi Farma, S. A. Barcelona