



Dr. Lucas Wymore
Medicina Deportiva
40700 California Oaks Drive Suite 205
Murrieta, CA 92562

Teléfono de la oficina: 949-491-9991
Fax de la oficina: 949-612-9795
Correo electrónico: Wymore@newportcare.org

GUÍA DEL PACIENTE PARA LA INESTABILIDAD DE LA RÓTULA

¿Qué es la inestabilidad de la rótula?

La rótula es la rótula, que puede ser una fuente común de dolor. Esto es diferente de la inestabilidad, que es cuando la rótula se sale de la articulación, generalmente hacia la parte lateral o externa de la rodilla. Esto puede suceder una o varias veces. Por lo general, la rótula volverá a colocarse por sí sola al enderezar la rodilla, aunque a veces requiere que un médico restablezca la rótula.

¿Cómo sucede esto?

La rótula puede dislocarse por un traumatismo, como una lesión de contacto durante los deportes, o durante lesiones sin contacto, como torcerse, cortarse o pivotar. La rótula también puede subluxarse, que es un tipo de luxación parcial. Esto puede suceder con o sin una lesión específica y, a veces, es una sensación gradual de que no puedes confiar en la rodilla.

¿Cómo sé que mi rótula está lesionada?

Por lo general, una inestabilidad de la rótula resulta en un dolor repentino y cede de la rodilla. Muchos pacientes informan haber sentido o escuchado un "estallido" cuando se lesionan la rodilla. La rótula puede estar atascada lateralmente, lo que le da a la rodilla una deformidad evidente. Además, la rodilla comúnmente se hincha dentro de las primeras 1 a 3 horas después de la lesión.

El examen en el consultorio generalmente puede determinar cuándo hay una lesión significativa, al evaluar la capacidad de los ligamentos para evitar que la rótula se mueva lateralmente sobre el fémur. Si la lesión ocurrió recientemente, puede ser difícil saber si el ligamento está lesionado porque al paciente no le gusta que la rodilla se mueva.

¿Necesito radiografías, resonancias magnéticas o cualquier otra prueba?

Por lo general, se solicita una serie de radiografías para evaluar los huesos y el cartílago alrededor de la rodilla. Las radiografías se utilizan principalmente para evaluar fracturas o artritis alrededor de la rodilla, sin embargo, existen numerosas mediciones que podemos tomar de las radiografías que son fundamentales para desarrollar un plan de tratamiento. Se puede solicitar una resonancia magnética para buscar daños en los tejidos blandos, hematomas óseos, cuerpos sueltos, cartílago articular y descartar cualquier otra

lesión en la rodilla. También se toman medidas de alineación adicionales que ayudarán con la planificación del tratamiento.

¿Hay otros daños en la rodilla cuando la rótula se disloca?

En algunos casos, también hay una lesión en el cartílago articular (la superficie del cartílago de la rodilla). Por lo general, la resonancia magnética detecta esta lesión, pero en algunos casos no se observa. Esta lesión también se tratará en el momento de la cirugía, si es necesario. En algunos casos, una parte del cartílago flota libremente en la rodilla, lo que puede requerir cirugía.

¿Cuáles son las opciones de tratamiento para la inestabilidad de la rótula?

En la mayoría de los casos, se recomienda un tratamiento no quirúrgico para los eventos de inestabilidad por primera vez. Numerosos estudios (y el consenso de expertos mundiales) coinciden en que la fisioterapia es la mejor y primera opción. A veces, se recomienda la cirugía si hay otras lesiones, como el cartílago articular o cuerpos sueltos en la rodilla.

Para la inestabilidad recurrente, se recomienda la cirugía para estabilizar la rodilla. Hay varias opciones diferentes para esto, dependiendo de numerosos factores, incluidas otras lesiones, la alineación de la rodilla y los tratamientos previos.

Si no me arreglan la rótula, ¿es probable que me lesione más la rodilla o que contraiga artritis?

Esto depende del número de eventos. En muchos casos, un solo evento de inestabilidad sanará bien y no se requiere cirugía. En el caso de eventos múltiples o lesiones de cartílago, se puede recomendar la cirugía para prevenir daños mayores. Su cirujano hablará de esto con usted.

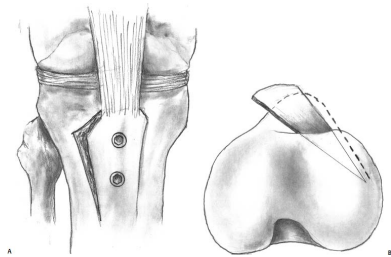
¿Cómo se trata la inestabilidad de la rótula con cirugía?

Los tratamientos quirúrgicos para la inestabilidad de la rótula se pueden dividir en cirugías de tejidos blandos u óseas. La recomendación de estos se basa en numerosos factores individuales, la mayoría de los cuales provienen de las radiografías preoperatorias y la resonancia magnética.

Las cirugías de tejidos blandos se centran en el ligamento patelofemoral medial o MPFL. Esta es una parte de la rodilla que conecta la rótula con el fémur (hueso del muslo) en la parte interna de la pierna. Este ligamento está desgarrado con casi todas las dislocaciones de rótula, pero tiene la capacidad de sanar. Cuando no se cura por completo, una reconstrucción MPFL es una cirugía confiable para corregir esto. Esto implica el uso de un tendón para reconstruir el ligamento. Perforamos 3 cavidades pequeñas en los huesos, 2 en la rótula, 1 en el fémur, y usamos tornillos de plástico para mantenerlas en su lugar.

La artroscopia y las radiografías en vivo se utilizan para garantizar que el tendón esté en el lugar correcto.

La cirugía ósea consiste en realinear el tirón de la rótula en una osteotomía de tubérculo tibial, o TTO, también llamada AMZ u osteotomía de Fulkerson. Esto implica cortar el hueso de la tibia justo debajo del tendón de la rótula, moverlo hacia el interior de la pierna y fijarlo en su lugar con tornillos. Esto se hace en casos de problemas de alineación ósea, algunas reconstrucciones de cartílago y cirugía fallida de tejidos blandos.



La cirugía generalmente implica pasar la noche en el hospital. Esto no se puede realizar en pacientes que fuman, vapean o usan cualquier otro producto que contenga nicotina. También implica un tiempo más prolongado de no carga de peso estricta con muletas para garantizar que el hueso sane correctamente.

¿Qué tipo de injerto se utiliza para el nuevo ligamento?

Las opciones para el tipo de injerto de reemplazo incluyen **autoinjertos** (con su propio tejido) o **aloinjertos** (tejido de donante de un cadáver).

Un autoinjerto de **isquiotibiales** se toma de una incisión más pequeña hacia el interior de la rodilla. El injerto tiene excelentes resultados. No se ha demostrado que conduzca a ninguna debilidad significativa de los músculos isquiotibiales. Es mi injerto preferido y el más utilizado.

El tejido del aloinjerto es tejido donado a partir de un cadáver. También son injertos fuertes con excelentes resultados para la reconstrucción de MPFL. Debido a que el tejido no se extrae de su cuerpo, el tiempo quirúrgico y el dolor quirúrgico son menores. El tejido se examina rigurosamente para detectar infecciones, como bacterias y virus, incluidos el VIH y la hepatitis. El riesgo de contraer una enfermedad infecciosa a partir de un aloinjerto es extremadamente pequeño.

¿Cuáles son algunas de las posibles complicaciones de la cirugía?

Si bien las complicaciones no son comunes, todas las cirugías tienen un riesgo asociado. Las posibles complicaciones incluyen rigidez de la rodilla después de la cirugía o dolor continuo. El uso de técnicas artroscópicas intenta limitar estas complicaciones. Además, existe el riesgo de inestabilidad recurrente o rotura del injerto MPFL. La TTO conlleva algunos riesgos únicos, como la falta de unión, en la que el sitio de la osteotomía no cicatriza, y el síndrome compartimental debido a la hinchazón excesiva. Todos deben esperar que su rodilla tenga una apariencia ósea más prominente (una apariencia de rodilla nudosa) y pueden notar molestias al arrodillarse después de la TTO. Otras complicaciones de ambos incluyen infección, dolor, sangrado, daño a los nervios, coágulos de sangre, rigidez, hardware roto, doloroso o prominente, necesidad de cirugías adicionales o problemas con la anestesia.

¿Cuándo se debe realizar mi cirugía?

La cirugía de inestabilidad rotuliana no es una emergencia. De hecho, es extremadamente importante que retrasemos su cirugía hasta que la inflamación de la rodilla se calme. El objetivo de la espera es permitirle recuperar **el movimiento completo** de la rodilla antes de la cirugía. En general, esto tarda 4 semanas para la mayoría de los pacientes, pero puede variar. Este tiempo puede cambiar si hay cuerpos sueltos de cartílago. Además, recomendamos una prueba de tratamiento no quirúrgico para la mayoría de los pacientes antes de considerar las intervenciones quirúrgicas.

¿Qué tipo de anestesia se utiliza?

La reconstrucción del MPFL y la TTO generalmente se realizan con anestesia general (irse a dormir). Esto también se complementará con un bloqueo nervioso, para ayudar con el dolor postoperatorio.

¿Qué debo hacer para prepararme para la cirugía?

Nuestro personal le ayudará a organizar la cirugía a través de su compañía de seguros y le instruirá sobre cualquier papeleo que pueda ser necesario.

Antes de su cirugía, es posible que le pidan que se haga varias pruebas médicas, que se realizan de forma ambulatoria. La mayoría de los pacientes no requieren ninguna prueba. Algunos pueden necesitar algunos análisis de sangre de rutina o un análisis de orina. Si tiene más de 45 años, necesitará un electrocardiograma actual. Algunos pacientes necesitan ver a un internista o a su médico de cabecera para obtener autorización para la cirugía.

Cuando se acerque la fecha de la cirugía, un miembro del centro quirúrgico o del personal del hospital se comunicará con usted para informarle a qué hora debe llegar para la cirugía. No puede comer ni beber nada después de la medianoche de la noche anterior a su cirugía.

¿Puedo seguir tomando mis medicamentos?

Debe DEJAR de tomar cualquier aspirina o medicamento antiinflamatorio (Motrin, Advil, Relafen, Naprosyn, etc.) al menos siete días antes de su cirugía. Sin embargo, puede CONTINUAR tomando Celebrex o Vioxx si está tomando estos medicamentos. También puede tomar Tylenol según sea necesario.

Continúe tomando cualquier otro medicamento recetado, como pastillas para la presión arterial, hasta el día de la cirugía. También puede tomar estos medicamentos la mañana de la cirugía con un sorbo de agua. Las enfermeras preoperatorias revisarán sus medicamentos antes de la cirugía y analizarán cuáles continuar y cuáles suspender.

¿Cuánto tiempo estaré en el hospital?

Para una reconstrucción con MPFL, casi todos los pacientes pueden someterse a una cirugía y irse a casa el mismo día. Planea estar allí durante al menos 5 horas. No haga planes para el día de la cirugía, ya que necesitará descansar y recuperarse. En el caso de la TTO, planea pasar la noche en el hospital para monitorearlo. Esto es específicamente para monitorear el síndrome compartimental, una complicación rara pero potencialmente devastadora.

¿Qué sucede el día de la cirugía?

La mañana de la cirugía, será admitido y llevado a un área de espera preoperatoria donde se le preparará para la cirugía.

Se le preguntará varias veces en qué extremidad estoy operando. Marcaré mis iniciales en la pierna quirúrgica. Se reunirá con el equipo quirúrgico, incluido el equipo de anestesia, que también realizará el bloqueo nervioso.

Después de la operación, lo llevarán a la sala de recuperación para ser monitoreado. Una vez que los efectos de la anestesia hayan desaparecido y su dolor esté bajo control, puede ver a su familia y terminar de recuperarse. Se le darán todas las instrucciones postoperatorias y los analgésicos antes de irse.

Tenga en cuenta que el proceso de registrarse, prepararse para la cirugía, someterse a la operación y recuperarse de la anestesia lleva la mayor parte del día. Recomendaría que usted y los miembros de su familia traigan material de lectura para que el proceso sea más fácil para todos.

¿Cómo debo cuidar mi rodilla después de la cirugía?

Antes de ser dado de alta, se le darán instrucciones específicas sobre cómo cuidar su rodilla. En general, puede esperar lo siguiente:

Dieta: Reanude su dieta regular tan pronto como la tolere. Es mejor comenzar con líquidos claros antes de avanzar a alimentos sólidos. Una dieta alta en proteínas es beneficiosa para la curación. Algunas investigaciones sugieren que se necesitan hasta 2 gramos de proteína por libra para ayudar al cuerpo a sanar.

Medicamentos: Se le dará una receta para analgésicos.

Vendaje: Tendrá un vendaje grueso en la rodilla. Se le indicará cuándo se puede retirar, generalmente en 3 días. Después de retirar el vendaje, debe cubrir las suturas con una curita para proteger el área de la irritación.

Ducharse: Puede ducharse después de que se haya quitado el vendaje, después de 3 días. No puede bañarse hasta que las heridas estén completamente selladas, generalmente de 2 a 3 semanas después de la cirugía.

Muletas: Tendrá muletas después de la cirugía y se le instruirá sobre cómo usarlas. Durante las primeras semanas, usará muletas para caminar.

Aparato ortopédico: Recibirá un aparato ortopédico para la rodilla. Al caminar, mantendrá el aparato ortopédico bloqueado recto. Cuando no esté caminando, podrá desbloquear el aparato ortopédico para que se mueva según lo tolere. Además, dormirá con el aparato ortopédico bloqueado durante dos semanas.

Hielo: Es posible que reciba una máquina de hielo que rodea continuamente su rodilla con bolsas de hielo frías. De lo contrario, puede aplicar hielo sobre los apósitos durante 30 minutos cada hora durante varios días. Algunas personas lo usan durante semanas después de la cirugía para disminuir la inflamación. No use calor.

Extracción de suturas: Sus puntos se retirarán en su visita al consultorio de 7 a 14 días después de la cirugía. En ocasiones, se utilizan suturas que se reabsorben y no es necesario retirarlas.

Visita de seguimiento al consultorio: Se le indicará cuándo hacer un seguimiento en el consultorio. Esto suele ser de 7 a 14 días después de la cirugía. En su cita preoperatoria, esto debe programarse para usted al momento de la salida.

Ejercicio: Se le indicarán los ejercicios que puede hacer inmediatamente después de la cirugía. Se le dará una receta para la fisioterapia que comenzará el día postoperatorio # 3.

Regreso al trabajo o a la escuela: Puede regresar a la escuela o al trabajo dentro de 7 a 14 días usando las muletas. Si su trabajo implica caminar más tiempo o realizar actividades pesadas, es posible que esté sin trabajo o sin escuela por un período de tiempo más largo.

¿En qué consistirá la rehabilitación?

La rehabilitación se basa en varios objetivos: 1) permitir que el tejido sane; 2) recuperar el movimiento; 3) recuperar fuerzas; y 4) regreso a los deportes. La parte más importante del programa de rehabilitación al principio es asegurarse de que la rodilla tenga una extensión completa (totalmente recta). Después de esto, el énfasis es recuperar la flexión de la rodilla. El programa de rehabilitación es tan importante como la cirugía para lograr un buen resultado. Se adjunta el protocolo para el fisioterapeuta, que muestra la progresión de la terapia durante los primeros cuatro a seis meses después de la cirugía.

¿Cuándo puedo volver a hacer deporte?

En general, se le permitirá volver a hacer deporte en 5-6 meses después de la cirugía. Todos se recuperan a diferentes ritmos, y yo uso una rehabilitación funcional en lugar de solo el calendario. Esto garantiza que su recuperación sea segura para evitar complicaciones como una nueva lesión. Debe tener buen movimiento, fuerza y control de su rodilla, el 90% de la otra pierna. La rapidez con la que regrese a los deportes depende de varios factores, entre ellos: 1) su propia tasa de curación; 2) el daño encontrado en la cirugía; 3) si tiene alguna complicación; 4) qué tan bien sigue las instrucciones postoperatorias; 5) qué tan duro trabaja en la rehabilitación. En la mayoría de los casos, tomará seis meses volver a las actividades de corte y pivote con su terapeuta.

¿Necesitaré un aparato ortopédico después de la cirugía para hacer deporte?

Después de una cirugía exitosa, debería poder volver a todas las actividades sin usar un aparato ortopédico. Sin embargo, muchos pacientes se sienten más seguros durante el primer año después de la cirugía usando un aparato ortopédico para hacer deporte.

Éxito

En general, tanto la reconstrucción de MPFL como la TTO son operaciones muy exitosas. Los avances en el diagnóstico, las técnicas quirúrgicas y la rehabilitación han provocado una baja tasa de complicaciones e inestabilidad recurrente.

Nuestro compromiso

Todo el equipo de NewportCare está comprometido con usted, el paciente. Entendemos que este es un momento estresante y que es posible que esté ansioso por su lesión y la necesidad de una cirugía. Por favor, póngase en contacto conmigo si tiene alguna pregunta sobre su lesión o plan de tratamiento.

Dr. Lucas Wymore

Teléfono de la oficina: 949-491-9991

Fax de la oficina: 949-612-9795

Correo electrónico: Wymore@newportcare.org