

Rigidez de la rodilla y artrofibrosis

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está experimentando

Una rodilla rígida tras una cirugía o lesión suele sentirse tensa en lugar de dolorosa. Probablemente lo note más al intentar doblar o estirar completamente la rodilla. Esta tensión se localiza a menudo en la parte frontal de la rodilla, alrededor de la rótula, y puede ir acompañada de hinchazón y sensación de plenitud en la articulación.

La rigidez suele empeorar tras realizar actividad física; para muchas personas es más molesta al despertar, cuando la rodilla ha permanecido inmóvil durante la noche. Permanecer sentado con la rodilla doblada durante largos periodos, como en el coche o frente al escritorio, también la agrava. Ponerse de pie y moverse suele aliviarla un poco, aunque la tensión vuelve tras descansar.

Las tareas cotidianas que requieren un doblez profundo se vuelven difíciles: le costará agacharse hasta un armario bajo, arrodillarse para cargar el lavavajillas, entrar en la bañera o ponerse calcetines y zapatos. Caminar cuesta abajo o bajar escaleras resulta incómodo, pues la rodilla no se dobla con fluidez. Algunas personas también notan que la rodilla cede o se siente inestable en terrenos irregulares.

La rigidez puede deberse a distintas causas. A veces es el dolor lo que impide mover la rodilla. Otras veces se trata de tejido cicatricial dentro de la articulación, una condición llamada artrofibrosis, en la que bandas de tejido cicatricial limitan el grado de flexión o extensión de la rodilla. Cuando esta no puede estirarse por completo, mantenerse de pie y caminar resulta agotador, pues la pierna trabaja siempre en un estado de ligera flexión.

La rigidez no es infrecuente tras una cirugía de rodilla. Aproximadamente 1 de cada 10 personas sometidas a una reconstrucción de ligamentos de rodilla que inician rehabilitación supervisada en los 30 días posteriores reciben diagnóstico de artrofibrosis en un plazo de 12 meses. Tras una prótesis de rodilla, la rigidez es una complicación relativamente común; generalmente se define como una movilidad inferior a 90 grados que persiste más de 12 semanas.

Si su rodilla no se relaja en las semanas posteriores a la cirugía, o si la tensión empeora en lugar de mejorar, es recomendable someterse a una evaluación lo antes posible.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Una rodilla sana está diseñada para moverse. Las superficies articulares se deslizan suavemente, y el revestimiento articular produce un líquido que permite ese deslizamiento sin fricción. Al doblar y estirar la rodilla, la rótula, el fémur y la tibia se mueven conjuntamente siguiendo un patrón determinado.

La artrofibrosis altera todo esto. En el interior de la articulación, el revestimiento blando se vuelve más grueso e inflamado, y comienza a formarse tejido cicatricial donde no debería. Imagine el revestimiento articular como una junta lisa que permite que las partes se deslicen unas sobre otras; cuando se engrosa y se endurece, actúa más bien como pegamento. Las bandas tensas de tejido cicatricial de las que se habló anteriormente son precisamente este tejido cicatricial en acción; mantienen la rodilla inmóvil, motivo por el cual el doblar, estirar o realizar flexiones profundas resulta muy limitado.

El tiempo es un factor crucial aquí: si la rodilla permanece inmóvil durante más de 3 semanas, suele producirse una rigidez permanente. El tejido cicatricial que se forma tempranamente puede acortarse con el tiempo; en casos graves, el tendón situado debajo de la rótula también se acorta, tirando de la rótula hacia abajo y limitando aún más la flexión. Una vez que el tejido cicatricial alcanza este estado maduro, forzar el movimiento de la rodilla con frecuencia no basta para revertirlo, pues el tejido cicatricial mantiene la rótula en una posición fija.

La rigidez tras una artroplastia de rodilla sigue un mecanismo similar, aunque puede deberse a diversas causas: algunas relacionadas con la propia cirugía, otras con la inflamación y la formación de cicatrices posteriores, y otras derivadas del estado previo de la rodilla. En la mayoría de los pacientes que desarrollan esta rigidez, la amplitud de movimiento de la rodilla no supera los 90 grados transcurridas 12 semanas; este es el criterio definido anteriormente en esta página.

El mismo proceso puede ocurrir tras una reconstrucción ligamentosa o una lesión de la superficie articular. El daño al cuádriceps, el músculo situado en la parte frontal del muslo, o la formación de cicatrices alrededor de la rótula también pueden limitar el movimiento por sí solos, con o sin presencia de tejido cicatricial dentro de la articulación.

Comprender lo que sucede en el interior de la rodilla ayuda a explicar por qué el movimiento temprano y la evaluación temprana son tan importantes.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de miembro superior en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En la consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su rodilla y solicitamos estudios de imagen cuando es necesario. Las radiografías suelen ser los primeros estudios que utilizamos. La resonancia magnética permite visualizar con mayor detalle los tejidos blandos dentro de la articulación, como el tejido cicatricial, los tendones y el cartílago.

En la mayoría de los casos, iniciamos con tratamiento no quirúrgico. La fisioterapia tiene como objetivo recuperar la capacidad de flexión y extensión de la rodilla antes de que se forme tejido cicatricial. Un método es el estiramiento progresivo estático, en el cual la rodilla se mantiene en posición estirada durante un tiempo determinado. Otro método es el movimiento asistido por gravedad, en el que el peso de la pierna realiza el estiramiento. Si se ha operado la rodilla recientemente, procuramos que se mueva lo antes posible en lugar de esperar. Mantener la rodilla inmóvil durante más de 3 semanas suele provocar rigidez permanente; por eso, el movimiento temprano es fundamental. Si transcurridas 8 a 10 semanas tras una fractura en la zona de la rodilla esta no ha recuperado al menos 90 grados de flexión, es señal de que debemos intensificar el tratamiento.

También buscamos las causas que requieran tratamiento prioritario. En una prótesis de rodilla rígida y dolorosa, primero se debe descartar la infección. Los analgésicos y antiinflamatorios pueden hacer que el movimiento sea más cómodo mientras se trabaja en la recuperación.

Si la fisioterapia no ha producido mejoría suficiente, consideramos la cirugía. La primera opción es la manipulación bajo anestesia, en la cual se flexiona y extiende suavemente la rodilla mientras usted está dormido. Este método resulta más eficaz para la rigidez que limita la flexión que para la que limita la extensión. Si esto no funciona, el siguiente paso es la cirugía artroscópica, conocida también como cirugía mínimamente invasiva. El cirujano utiliza una pequeña cámara para cortar las bandas de tejido cicatricial que causan la rigidez. En casos de rigidez severa que no responde a la cirugía artroscópica, se puede optar por una cirugía abierta para liberar el tejido cicatricial de forma más extensa. Tras una prótesis de rodilla, en casos de rigidez grave se contempla la cirugía de revisión, en la que se sustituyen algunas partes de la prótesis. Cada una de estas intervenciones cuenta con su propia página informativa; analizaremos juntos cuál opción, si alguna, resulta adecuada para su rodilla.

Qué esperar

La mayoría de las rodillas rígidas mejoran con tratamiento, especialmente si este se inicia a tiempo. El pronóstico depende de la causa de la rigidez y de cuánto tiempo lleva presente. Si la rodilla empieza a moverse bien en las primeras semanas tras una cirugía o lesión, la rigidez suele disminuir a medida que disminuye la hinchazón y recupera la fuerza.

El tiempo es un factor crucial. Si se deja sin tratar, el tejido cicatricial puede madurar y consolidarse; además, una rodilla mantenida inmóvil durante más de 3 semanas suele conservar cierta rigidez permanente. Una vez que esto ocurre, forzar el movimiento de la rodilla con frecuencia no basta para revertirlo. Por eso insistimos tanto en el movimiento temprano y en la evaluación precoz.

Aun cuando la rigidez ya se haya establecido, el tratamiento puede ser útil, aunque requiere esfuerzo. La fisioterapia y los programas de estiramientos pueden restaurar el rango de movimiento antes de que el tejido cicatricial se fije. Si la rodilla sigue rígida, la manipulación bajo anestesia o una cirugía artroscópica para liberar el tejido cicatricial pueden mejorar el grado de flexión y extensión. La mayoría de los pacientes logran mejorar su movilidad y función con estos tratamientos, aunque el grado de mejora varía según cada persona.

Tras una artroplastia de rodilla, la cirugía de revisión por rigidez mejoró el movimiento en el 93 % de las rodillas, aunque los beneficios se describen como moderados. Este dato merece ser analizado con detenimiento:

significa que la mayoría de las rodillas se mueven mejor después de la intervención, pero no todas recuperan un rango de movimiento completo y libre.

Varios factores influyen en el pronóstico. Si la rigidez afecta a toda la rodilla en lugar de a una zona específica, los resultados quirúrgicos suelen ser peores. Lo mismo ocurre si transcurren más de 6 meses entre la reconstrucción original y la liberación quirúrgica; intervenir durante el primer año brinda mejores resultados que esperar más tiempo.

Una buena noticia en cuanto al momento de actuar: someterse a la reconstrucción ligamentosa poco después de la lesión, dentro de las primeras 6 semanas, no parece aumentar el riesgo de rigidez en comparación con esperar. Además, los programas de movilización temprana tras dicha reconstrucción no han mostrado casos de artrofibrosis permanente en los pacientes estudiados; solo el 0,7 % necesitó una intervención adicional por problemas de movilidad de la rodilla.

Si su rodilla no se flexiona como se esperaba, acuda a nosotros cuanto antes en lugar de esperar a ver si mejora por sí sola.

Cuándo consultar a un especialista

Después de una cirugía o lesión, déle a la rodilla rígida unas pocas semanas para moverse y hacer estiramientos suaves. Si para entonces no ha recuperado su movilidad, o si la rigidez empeora en lugar de mejorar, consulte a su médico de cabecera y pídale una evaluación por parte de un especialista. Lo mismo aplica si no puede enderezar completamente la rodilla, ya que el hecho de que la rodilla permanezca ligeramente doblada al estar de pie es, en sí mismo, una señal de alerta. En este tipo de afecciones, la evaluación temprana es lo más importante. El tejido cicatricial que se forma en los primeros meses es mucho más difícil de corregir posteriormente; por eso, intervenir durante el primer año produce mejores resultados que esperar más tiempo.

Consulte a su médico de cabecera lo antes posible si la rodilla está caliente, enrojecida o hinchada de forma distinta a la hinchazón normal postquirúrgica, o si presenta fiebre o malestar general junto con la rigidez. En una rodilla rígida y dolorosa, especialmente tras una artroplastía de rodilla, es imprescindible descartar una infección antes de cualquier otra cosa; esta evaluación no debe demorarse.

Acuda a urgencias si recientemente se ha lesionado la rodilla y no puede soportar ningún peso, o si la rodilla presenta una deformidad visible o queda bloqueada en una posición determinada.