

Reconstrucción del LFMP

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

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a su lesión específica. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su rodilla y, si es necesario, solicitamos estudios de imagen.

Esta operación reconstruye el ligamento situado en la cara interna de su rótula. Ese ligamento, llamado LPFM, mantiene la rótula en su ranura ósea e impide que se desplace hacia afuera. Lo recomendamos cuando la rótula se ha dislocado en más de una ocasión y el uso de férulas o la fisioterapia no han producido mejoría suficiente. No se indica únicamente para el dolor en la rótula ni para la artritis degenerativa. Antes de decidir, evaluamos su rótula, la forma de su articulación y el cartílago situado detrás de la rótula. En algunos casos también es necesario realizar un procedimiento para mover o remodelar el hueso; planificamos esto si la forma de su articulación lo requiere. El objetivo de la operación es mantener la rótula en su posición, de modo que pueda mover y utilizar la rodilla sin que se salga de su lugar.

Antes de la operación

Será necesario realizar algunas pruebas de imagen antes de la cirugía para poder planificarla. Por lo general, se trata de una radiografía y una resonancia magnética, que generan imágenes detalladas de los tejidos blandos de su rodilla. En ocasiones también se utiliza la ecografía.

En las semanas previas a la operación, le daremos instrucciones claras. Deberá dejar de comer y beber siete horas antes de la cirugía. Pedimos que sean siete horas en lugar de seis para poder adelantar su intervención si el programa quirúrgico lo permite. Es posible que deba suspender algunos medicamentos; le indicaremos cuáles y cuándo. Lleve consigo una lista por escrito de todos los fármacos que toma, incluidos los suplementos. Organice que alguien lo lleve a casa después de la operación, ya que no podrá conducir usted mismo. El día de la intervención, use ropa holgada y cómoda.

Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesista (el especialista que se encarga de usted durante la operación). La mayoría de las personas no requieren ninguno de estos procedimientos.

El día de la intervención

Llega usted a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registrará y preparará para la cirugía. Allí conocerá al anestesista. Esta operación se realiza bajo anestesia general. En ocasiones se añade un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesista hablará con usted al respecto ese mismo día. Posteriormente, será conducido al quirófano, donde se llevará a cabo la intervención.

Después, despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilarán mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que su estado sea estable, será trasladado a la planta de hospitalización o se le permitirá volver a casa, según el tipo de intervención y su recuperación. Si regresa a casa el mismo día, la persona que haya coordinado previamente lo llevará en coche.

Qué implica la operación

Su cirujano reconstruye el LPFM, el ligamento situado en la cara interna de la rótula que la mantiene en su ranura. El nuevo ligamento se elabora a partir de un fragmento de tendón; este puede provenir de su propio cuerpo, generalmente de los tendones isquiotibiales, o de tejido tendinoso donado. Ambos tipos funcionan igual de bien, y su cirujano elegirá el que mejor se adapte a usted.

El cirujano realiza pequeñas incisiones alrededor de la rodilla para acceder a la rótula y al fémur adyacente. A continuación, se fija el injerto tendinoso a la cara interna de la rótula y al fémur, de modo que mantenga la rótula en su ranura al doblar y estirar la rodilla. El injerto se fija en su lugar mediante pequeños tornillos o anclajes (dispositivos diminutos fijados al hueso); estos lo sujetan firmemente mientras cicatriza y se asienta en su posición. Finalmente, las incisiones se cierran con puntos de sutura y se cubren con un apósito.

En ocasiones, también es necesario corregir la forma de la articulación de la rodilla. Si la rótula se encuentra demasiado alta o si la ranura en la que se desliza es demasiado poco profunda, su cirujano podría mover o remodelar el hueso de la parte frontal de la tibia durante la misma intervención. Esta decisión se toma previamente a la cirugía, basándose en sus radiografías y estudios de imagen. Asimismo, si el cartílago situado detrás de la rótula está dañado, también puede tratarse en el mismo procedimiento.

El objetivo de todo ello es lograr que la rótula permanezca en su ranura al moverse, doblarse y soportar peso con la pierna.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilarán mientras el efecto de la anestesia desaparece. Su rodilla estará cubierta con un vendaje; es posible que le coloquen una manga de soporte en lugar

de un corsé ortopédico pesado. Las enfermeras le ayudarán a controlar el dolor y lo revisarán con frecuencia. La mayoría de los pacientes se ponen de pie y dan algunos pasos con ayuda el mismo día; además, un fisioterapeuta puede enseñarle cómo caminar de forma segura. Dado que es posible que se sienta somnoliento o inestable, alguien debe acompañarlo durante las primeras 24 horas después de regresar a casa. Su equipo médico le indicará si podrá volver a casa el mismo día o si deberá permanecer una noche en el hospital. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiamos o lo retiramos cuando venga a su consulta.

Recuperación

Durante los primeros días, su rodilla estará adolorida e hinchada. Esto es normal y la situación mejorará gradualmente en las siguientes semanas. El descanso, el hielo y los analgésicos recetados por su equipo médico aliviarán la molestia. Mantener la pierna elevada mientras está sentado también ayuda a reducir la hinchazón.

La mayoría de las personas se ponen de pie y dan algunos pasos con ayuda el mismo día de la cirugía. Posteriormente, un fisioterapeuta guiará su rehabilitación. En las primeras etapas, se trabajará en doblar y estirar la rodilla, así como en reactivar los músculos del muslo. A medida que recupere el movimiento, se pasará a ejercicios de fortalecimiento y actividades que involucren varias articulaciones, como sentadillas controladas o subidas de escalón. Su fisioterapeuta adaptará el programa a sus necesidades y lo irá progresando según lo permita su rodilla. Puede moverse por la casa y realizar tareas cotidianas ligeras, pero debe evitar torsiones, giros bruscos o aplicar fuerza excesiva con la pierna operada hasta que su equipo médico lo autorice.

La recuperación varía según cada persona; su cronograma puede diferir del de otros pacientes. Su cirujano y fisioterapeuta lo guiarán en cada fase. Es importante ser paciente: volver a practicar deportes antes de que la rodilla esté completamente recuperada puede provocar más dolor y peor funcionalidad posteriormente. Esperar hasta recuperar fuerza, movilidad y confianza brinda al nuevo ligamento las mejores condiciones para funcionar adecuadamente. Algunas personas también sienten temor de que la rótula vuelva a salirse de su posición al retomar sus actividades; esto es común, y hablarlo con su equipo médico le ayudará a superar esa preocupación.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier anomalía a tiempo.

El problema más frecuente es la rigidez: la rodilla no se dobla tanto como debería. Puede notar que no logra doblar o estirar completamente la rodilla, o que se siente tensa y opone resistencia al movimiento. Esto puede ocurrir si el nuevo ligamento queda un poco demasiado tenso. Informe a su equipo en la próxima revisión; el tratamiento temprano con fisioterapia suele ser de ayuda.

La rótula puede volver a deslizarse o dislocarse, aunque esto es poco común. Sentiría esa misma sensación repentina de inestabilidad que experimentó antes de la cirugía, a menudo acompañada de dolor e hinchazón. Si esto ocurre, comuníquese con la clínica. En ocasiones la sensación es más leve: una impresión de que la rótula

podría desplazarse, o una pérdida de confianza al girar la rodilla. Mencione esto en su revisión, ya que se puede evaluar y tratar.

En casos muy raros, la rótula puede fracturarse. Esto provoca un dolor agudo e intenso en la parte frontal de la rodilla, a menudo con hinchazón; es posible que no pueda apoyar peso en la pierna ni estirla contra la gravedad. Si esto sucede, acuda a urgencias.

La posición en la que el injerto se fija al fémur es importante. Si no es la correcta, la rótula podría seguir sintiéndose inestable o la rodilla no se movería con fluidez. Si tras varios meses la rodilla no le parece estable, coméntelo en la revisión para que se evalúe.

Algunas personas necesitan una intervención adicional. Las razones incluyen dislocaciones recurrentes de la rótula, rigidez persistente o molestias causadas por los pequeños tornillos o anclajes utilizados para fijar el injerto. Si nota un dolor persistente cerca de alguno de ellos, o si la rodilla se traba, avísenos.

Si la cirugía también implicó mover o remodelar hueso en la parte anterior de la tibia, el riesgo general de complicaciones aumenta ligeramente; no obstante, la rótula tiende a mantenerse en su sitio con mayor fiabilidad. Su equipo le explicará esto antes de la operación.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas típicas, por si desea conocer los datos exactos.

¿Cuándo deben llamarnos?

La mayoría de los problemas aparecen en las primeras etapas; preferimos que nos informen lo antes posible. Llámenos si tiene fiebre, si la piel alrededor de la herida se vuelve más roja o comienza a segregarse líquido, o si el dolor empeora repentinamente. Acuda a urgencias si presenta hinchazón o dolor en la pantorrilla, o dificultad para respirar, pues estos pueden ser signos de un coágulo sanguíneo. Asimismo, acuda a urgencias si su pierna se entumece, cambia de color o no puede moverla.