

Instabilidad patelofemoral

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

Qué siente usted

La inestabilidad patelofemoral se manifiesta de dos formas: dolor o la sensación de que la rótula no permanece en su lugar. Con frecuencia se presentan ambas. La queja principal cuando la rótula se disloca repetidamente es que la rodilla cede de repente, provocando una caída. La rótula también puede quedar atrapada en una posición flexionada, y este episodio suele ser doloroso.

El dolor se localiza en la parte frontal de la rodilla, alrededor o detrás de la rótula. Tiende a intensificarse al doblar la rodilla, agacharse, subir escaleras o levantarse de una silla. Tras una dislocación, la rodilla suele hincharse; la hinchazón puede ser leve o muy notable. Una rodilla muy hinchada después de una dislocación podría indicar que un fragmento de cartílago o hueso se ha desprendido dentro de la articulación. Entre un episodio y otro, la rodilla puede sentirse completamente normal, lo cual es uno de los aspectos confusos de esta afección.

La vida cotidiana se vuelve más difícil en ciertos aspectos: bajar escaleras resulta inseguro cuando no se puede confiar en que la rodilla aguante. Sentarse durante una película o un largo viaje en coche con la rodilla flexionada provoca dolor. Levantarse de una silla baja o del suelo requiere planificación. El deporte es la actividad más afectada: es probable que deba abstenerse de cualquier actividad que implique cambios bruscos de dirección, pues es precisamente en esos momentos cuando la rótula se desplaza.

Hay algunos detalles importantes respecto a esta sensación. La rótula casi siempre se desplaza hacia el exterior de la rodilla; sin embargo, muchas personas perciben que “salta” hacia el interior. Esto ocurre porque el hueso subyacente sobresale cuando la rótula se mueve, por lo que parece que la rótula se ha desplazado en la dirección opuesta. También es frecuente que se vean afectadas ambas rodillas: alrededor del 37,8% de las personas con esta afección la padecen en ambas piernas. Las niñas y mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los niños y hombres. En aproximadamente el 15-20% de los casos, sobre todo en niños, la primera dislocación deriva en dislocaciones o subluxaciones recurrentes, en las que la rótula se desplaza parcialmente y vuelve a su sitio con muy poca presión.

¿Qué es lo que realmente ocurre?

La rótula, o patela, se encuentra en un surco situado en el extremo del fémur. Imagine ese surco como una vía poco profunda y la rótula como un tren que debe permanecer sobre ella al doblar y estirar la pierna. En la mayoría de las rodillas, esa vía es lo suficientemente profunda para mantener la rótula en su lugar durante todo el rango de movimiento. En las rodillas inestables, la vía puede ser demasiado poco profunda, o la rótula puede estar situada demasiado arriba, por lo que se sale del surco antes de haberse ajustado correctamente, generalmente hacia el exterior de la rodilla.

La rótula también se mantiene en su trayectoria gracias a una banda de tejido en el lado interno de la rodilla: el ligamento patelofemoral medial. Este actúa como un cable de anclaje, manteniendo la rótula en su lugar durante los primeros 30 grados de flexión, momento en el cual el surco óseo ejerce menos influencia. Cuando la rótula se disloca, este ligamento se desgarrar o se estira. Una vez alargado, ya no puede volver a colocar la rótula en su posición con la misma firmeza que antes; por eso una primera dislocación puede convertirse en episodios recurrentes.

Otros factores también contribuyen al problema. La alineación de toda la pierna puede hacer que la fuerza de los músculos del muslo tienda a desplazar la rótula hacia afuera. Los propios músculos del muslo pueden estar desequilibrados, con los músculos laterales ejerciendo más fuerza que los internos. Además, algunas personas tienen por naturaleza una mayor laxitud articular que otras.

Cada dislocación deja secuelas. Tanto la rótula como el surco por el que se desliza están revestidos de cartílago, la superficie lisa que permite el deslizamiento articular. Cuando la rótula se sale de su trayectoria, estas superficies se frotan entre sí, produciendo contusiones óseas y, a veces, desprendiendo fragmentos de cartílago dentro de la articulación. Los episodios repetidos desgastan el cartílago; por eso la inestabilidad crónica puede derivar con el tiempo en artritis por desgaste en esa zona de la rodilla.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores 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 resultan necesarios. Los escáneres pueden indicar si la rótula se sitúa demasiado alta, si el surco patelar es poco profundo y si se ha dañado cartílago u hueso durante una dislocación. Dado que cada rodilla inestable presenta un conjunto distinto de causas, adaptamos el tratamiento a su caso concreto en lugar de seguir un protocolo único.

El primer paso suele ser un tratamiento sin cirugía. En las primeras fases, esto implica reposo, hielo, compresión y elevación, además de un soporte para la rodilla que brinde comodidad. Posteriormente, la fisioterapia se centra en fortalecer la pierna, así como en corregir cualquier debilidad en la cadera y el core, factores que influyen en el desplazamiento de la rótula. Si su rodilla es anatómicamente normal y los estudios de imagen

descartan la presencia de fragmentos sueltos de cartílago u hueso, el tratamiento no quirúrgico suele ser la recomendación. Por lo general, le damos tiempo suficiente a este enfoque antes de considerar una intervención quirúrgica.

La cirugía se indica cuando la rótula sigue dislocándose a pesar de haber seguido un tratamiento no quirúrgico adecuado, cuando el dolor o la inestabilidad persisten, o cuando una dislocación ha introducido fragmentos sueltos de cartílago u hueso en la articulación. La intervención más habitual consiste en reconstruir el ligamento patelofemoral medial, dañado en el lado interno de la rodilla, utilizando un fragmento de su propio tendón. Existen también otros procedimientos que pueden profundizar el surco patelar, modificar la posición de la tibia o corregir la posición de la rótula, según cuál sea la causa de su inestabilidad. En niños cuyos platillos de crecimiento aún están abiertos, empleamos técnicas que no afectan dichos platillos. La intervención más adecuada para usted dependerá de su anatomía; hablaremos de ello conjuntamente para tomar una decisión compartida antes de programar cualquier cirugía.

Qué esperar

Para la mayoría de las personas, una sola dislocación no implica que vayan a suceder otras de por vida. En muchas rodillas, la rótula vuelve a su posición normal tras el primer episodio, especialmente si se realizan ejercicios de fortalecimiento y un programa adecuado de fisioterapia. No obstante, si la rótula sigue saliéndose de su sitio, esta tendencia suele mantenerse hasta que algo la modifique. Cuando varias de las causas subyacentes no se tratan, la dislocación puede repetirse una y otra vez a lo largo de los años. Cuando la cirugía corrige la situación, el riesgo de otra dislocación se reduce hasta un 5,1%.

El objetivo de la cirugía es lograr que la rótula permanezca en su lugar, y para la mayoría de los pacientes así ocurre. La tasa global de inestabilidad recurrente tras una primera intervención de estabilización es del 6,5%. La reconstrucción del ligamento medial de la rodilla suele mantenerse estable con el tiempo; presenta tasas más bajas de nueva dislocación que otras intervenciones estabilizadoras, y mejora la función de la rodilla, el nivel de actividad y la calidad de vida. Sin embargo, en adolescentes, alrededor del 25% experimenta una recaída de la inestabilidad tras la primera cirugía de estabilización. Además, toda intervención quirúrgica para corregir esta condición conlleva un riesgo real de necesitar una segunda operación: la tasa global de reintervenciones sigue siendo alta, y quienes requieren una segunda cirugía reportan resultados peores que quienes no la necesitan.

Es preciso establecer ciertos límites realistas. Las complicaciones se presentan en aproximadamente el 26,1% de las cirugías de reconstrucción del ligamento; entre ellas se incluyen rigidez, dolor persistente, fractura de la rótula, desgaste articular o reaparición de la inestabilidad. Muchas de estas complicaciones se deben a factores técnicos y se consideran prevenibles. Dejar el problema sin tratar también implica riesgos: cada dislocación hace que las superficies articulares se froten entre sí, y una sola dislocación puede iniciar un daño cartilaginoso que empeora gradualmente con el tiempo, pudiendo derivar en artrosis de rodilla.

En resumen, la situación real es la siguiente: si se gestiona adecuadamente, la mayoría de las rodillas se vuelven estables y permanecen así, permitiendo confiar en ellas en la vida cotidiana. Si la gestión es deficiente o inexistente, la inestabilidad suele persistir, y las superficies articulares se deterioran con el paso de los años. Si se requiere cirugía y esta transcurre sin contratiempos, el pronóstico es favorable; en cambio, si surgen

complicaciones o se necesita una segunda operación, el proceso será más largo y los resultados menos satisfactorios.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera tras cualquier dislocación inicial, incluso si la rótula volvió a su posición por sí sola. Solicite una evaluación especializada si la rodilla sigue cediendo, si la rótula se sale en más de una ocasión, o si la hinchazón de la rodilla tras una dislocación persiste y está llena de líquido; esto podría indicar la presencia de un fragmento suelto de cartílago u hueso dentro de la articulación. También solicite valoración si tiene hiperlaxitud articular, si ambas rodillas se ven afectadas, o si la rodilla queda atrapada en una posición flexionada. La inestabilidad que se repite suele continuar hasta que se trata, y cada episodio puede desgastar un poco más las superficies articulares; por eso es recomendable actuar a tiempo en lugar de esperar a que el problema se resuelva por sí solo.