

## Dolor peripatelar (Entrevista académica)

*Entrevista: Enrique Espinosa Urrutia. Profesores invitados: Enrique Villalobos Garduño,\* Armando Hernández Salgado,\*\* M. Iván Encalada Díaz\*\*\**

### **1. ¿Además de la condromalacia, trastornos de alineación patelofemoral y artrosis de esta articulación, qué otras causas intraarticulares podría referir como causantes de dolor retropatelar?**

**EVG.** Las fracturas osteocondrales y las fracturas condrales de la rótula con un fragmento inestable, la presencia de un cuerpo libre retropatelar y la plica anteromedial patológica.

**AHS.** Lesiones del cuerno posterior de menisco, quistes de Baker, lesiones del LCP, afecções de la Hoffa, plicas mediopatelar.

**IE.** La presencia de plicas en la región subcuadricipital que pueden ser completas y fenestradas; alteraciones del tejido sinovial como la sinovitis vellonodular



*Dr. Enrique Villalobos  
Garduño*



*Dr. Armando Hernández  
Salgado*



*Dr. Iván Encalada  
Díaz*

\* Cirujano Ortopédico Especialista Cirugía de Rodilla y Artroscopia. Hospital Ángeles Metropolitano. Presidente SMO.

\*\* Jefe del Servicio de Cirugía de Rodilla y Artroscopia del Hospital de Traumatología "Victorio de la Fuente Narváez" IMSS.

\*\*\* Adscrito al Servicio de Ortopedia del Deporte y Artroscopia. INR SS.

Dirección para correspondencia:

Enrique Villalobos Garduño

Tlalcoatlpan Núm. 59 Col. Roma Sur. México DF 06760

Correo electrónico: rodillax@wtcmexico.com.mx

pigmentada localizada y afecciones de la grasa retropatelar como en los saltadores y en personas que inician actividades deportivas como correr o aerobics por primera vez.

## 2. ¿Puede haber condromalacia pura sin problemas de alineación patelofemoral?

**EVG.** Habitualmente la mala alineación de la rótula, se asocia a la lesión condral, pero una rótula bien alineada pero luxable o inestable, también predispone a la lesión del cartílago.

**AHS.** Sí, por trastornos de tipo metabólico y por traumas directos.

**IE.** Sí, especialmente cuando se asocia a problemas traumáticos.

## 3. ¿Existen trastornos del tendón patelar que puedan ser causa directa de dolor?

**EVG.** Sí, la tendinitis rotuliana o rodilla del saltador, que se presenta con mayor frecuencia en deportistas por acción de fuerzas excesivas de tensión, que provocan microlesiones en el polo distal de la rótula, son causa de dolor anterior de rodilla.

**AHS.** Sí, tendinitis como en la rodilla del saltador, secuelas de Osgood Schlater, rótula baja postquirúrgica.

**IE.** Sí, la tendinitis patelar o la tendinosis en el deportista.

## 4. ¿En qué consiste la distrofia simpático refleja y cómo la diagnostica?

**EVG.** Consiste en una afección del simpático, generalmente con un antecedente traumático, que produce dolor continuo, tipo quemadura, con hipersensibilidad y disfunción motora que lleva a la atrofia o rigidez; sin encontrar otra patología responsable del problema, por lo que puede ser un diagnóstico de exclusión.

**AHS.** Es una degeneración neurológica, con trastornos vasomotores, dolor, cambios de coloración, caída del vello, hipotrofia muscular y osteopenia.

**IE.** Es un síndrome que consiste en persistencia del dolor después de un evento quirúrgico, que aumenta gradualmente, se acompaña de cambios circulatorios alrededor de la rodilla y aumento de volumen, sin derrame articular y con limitación a la movilidad, especialmente para la extensión; mi diagnóstico es clínico y por exclusión.

## 5. ¿Cómo influye la bolsa de Hoffa en el dolor retropatelar?

**EVG.** La hoffitis, es causa de dolor anterior de la rodilla, por la inflamación, hipertrrofia y posible presencia de calcificaciones, que producen dolor infra-rotuliano, relacionado con la actividad y que puede ameritar su resección quirúrgica.

**AHS.** Con inflamación y engrosamiento de la misma a la flexoextensión de la rodilla.

**IE.** He notado su influencia especialmente en el paciente postoperatorio que inicia dentro de las primeras cuatro semanas un programa de terapia física “acelerado” especialmente al tratar de recuperar la flexión.

## **6. ¿Qué opinión tiene acerca de la infiltración *intraarticular* de esteroides para remitir el dolor patelofemoral?**

**EVG.** La infiltración está indicada sólo cuando vaya a mejorar la causa del dolor anterior de rodilla, como puede ser una sinovitis inflamatoria o una tendinitis, y no tiene indicación en una lesión condral, mal alineamiento, rotura de menisco o de LCA. Se deben descartar factores predisponentes de infección y utilizar una técnica aséptica.

**AHS.** Son útiles en procesos inflamatorios agudos, con prescripción razonada y conocimiento de la dosis e infiltración de la zona por el médico. No abusando de ellos.

**IE.** No lo utilizo como primera opción, siempre trato el factor desencadenante; generalmente he tenido que utilizarlo en el paciente postoperatorio con inflamación residual y que requiere mejorar la movilidad hasta en un 5% de mis pacientes.

## **7. ¿Qué papel tienen los condromoduladores en el manejo del dolor patelofemoral?**

**EVG.** Se utilizan como agentes (glucosamina) que pueden modificar la estructura del cartílago, son bien tolerados y muestran algún beneficio; sin embargo ameritan mayor investigación.

**AHS.** Juegan un papel importante dentro del manejo integral de la patología patelofemoral, mas no son resolutivos de la misma.

**IE.** Actualmente son parte del tratamiento farmacológico, especialmente cuando hay un factor degenerativo, siempre los asocio a un antiinflamatorio. Por otro lado, debemos esperar los nuevos avances respecto a sus efectos adversos, nuevos mecanismos de acción y nuevos condromoduladores.

## **8. ¿Qué indicaciones daría ud. para la aplicación de viscosuplementadores?**

**EVG.** La viscosuplementación tiene acción condroprotectora, que puede ser de utilidad cuando es susceptible de mejorar la capacidad funcional y así diferir el tratamiento quirúrgico de la artrosis en una rodilla bien alineada. También se puede asociar al tratamiento quirúrgico de la gonartrosis, cuando se considera que el mismo no fue suficiente para proporcionar una mejoría prolongada.

**AHS.** Generalmente los utilizo como coadyuvantes después de realizar limpieza articular por artroscopia en osteoartrosis degenerativa, con pronóstico de acuerdo al grado de desgaste.

**IE.** Paciente con dolor patelofemoral que no desea tratamiento quirúrgico y en aquellos pacientes con problemas degenerativos tratados con cirugía, que sólo han tenido una mejoría parcial de los síntomas. Los uso en menos de 1% de mis pacientes, generalmente ellos insisten en usarlos.

## 9. ¿Qué función tiene la realización de microfracturas sobre la patela o sobre los cóndilos?

**EVG.** Es una técnica sencilla, que bien indicada y realizada provee la formación de un fibrocartílago de características mecánicas inferiores al cartílago normal, pero con resultados clínicos satisfactorios a mediano plazo. El diferir la carga y la movilidad pasiva continua, forman parte importante del protocolo de rehabilitación.

**AHS.** Sangrado del hueso subcondral para permitir la formación de fibrocartílago en las zonas lesionadas de la patela y los cóndilos femorales.

**IE.** Es un tratamiento descrito y con resultados favorables, en la rótula no los hago debido a que es una zona de difícil acceso y pobre respuesta, en los cóndilos es mi procedimiento de elección en lesiones de origen traumático; cuando son problemas degenerativos no lo realizo.

## 10. ¿Realiza en su práctica habitual trasplantes autólogos de cartílago?

**EVG.** Mi experiencia es con las técnicas de mosaicoplastia y OATS, en lesiones condrales G4, de menos de 4 cm cuadrados, en pacientes de 20 a 70 años con osteonecrosis limitada, lo cual rebasa la edad indicada por el autor (50 años).

**AHS.** Sí, realizamos mosaicoplastias de osteocondritis disecante y fracturas osteocondrales.

**IE.** No, y la razón es porque en nuestro país no contamos con el recurso práctico y confiable que esto amerita, ni la infraestructura administrativa para hacerlo; tuve oportunidad de realizarlo y evaluar los resultados durante mi entrenamiento en la ciudad de Boston. La realidad es que cada vez hay más candidatos a este procedimiento. Es de señalar que en México existe el Condrograft® del banco de hueso y tejidos de Monterrey; sólo he escuchado comentarios anecdóticos y probablemente valga la pena probar en una condición ideal.

## 11. ¿En forma general, cómo catalogaría su resultado?

**EVG.** Bueno, destacando que primero se debe tratar la causa primaria del problema; habitualmente el mal alineamiento de la extremidad. El retardar la carga, y un buen programa de rehabilitación, mejora los resultados y sobrevida.

**AHS.** Bueno en la región de los cóndilos femorales, pero con malo en la región de la patela.

**IE.** Debemos considerar que los reportes en la literatura señalan 70-85% de buenos resultados, dependiendo de la experiencia del cirujano. Por el momento, lo considero como el último recurso para un paciente con lesión condral en la rótula y que debe acompañarse de otros procedimientos para garantizar su éxito como son las osteotomías.

Insisto que el principal factor de éxito de esta técnica es el entrenamiento del cirujano y el conocimiento del comportamiento biológico del cartílago.

## 12. ¿Con qué frecuencia realiza plicaturas mediales para corregir problemas de alineación patelofemoral?

**EVG.** Siempre que exista como única causa del problema una inclinación lateral de la rótula. También cuando existe lateralización de la rótula con inclinación y no se logra el centraje patelofemoral más que con la liberación lateral.

**AHS.** En pacientes con mal luxante de la patela con inmadurez esquelética y en luxaciones traumáticas de la patela que no responden a tratamiento conservador.

**IE.** Actualmente las realizo hasta en 40%, con un aumento en los últimos dos años.

## 13. ¿Considera que se ha abusado de la cirugía artroscópica para tratar el dolor patelofemoral?

**EVG.** En lo personal, siempre doy la posibilidad de un manejo conservador previo, en donde la terapia física y la rehabilitación son primordiales, con lo que se resuelven la mayoría de los casos. Tratamos pacientes y no estudios de imagenología.

**AHS.** Sí, ya que no se hace una evaluación adecuada del paciente, y muchas veces se basan en el resultado de la resonancia magnética.

**IE.** Sí, en muchas ocasiones la solución está en disminuir y asesorar en el tipo de actividad física que se realiza, especialmente en el adolescente. Considero que debemos empezar a hablar del síndrome de la “rodilla multioperada” que principalmente lo encontramos en aquellos pacientes que iniciaron con un dolor patelofemoral y que se han sometido a una o más cirugías sin éxito.

## 14. ¿Qué problemas ha encontrado con mayor frecuencia como causa de persistencia de dolor después de un procedimiento artroscópico para remitir dolor femoropatellar?

**EVG.** Cuando la técnica artroscópica realizada no estaba indicada y no solucionó el problema, como en la artrosis o casos de inestabilidad por rótula alta y cuando no se trata la causa primaria, por ejemplo: el mal alineamiento de la extremidad.

**AHS.** Artrofibrosis, distrofia simpático refleja, neuromas, dolor en la liberación de aleron lateral y lesiones meniscales del cuerno posterior no diagnosticadas.

**IE.** Una condroplastia insuficiente, en ocasiones rasurados condrales muy agresivos, poco control de la hemostasia cuando se hacen liberaciones retinaculares laterales y generalmente cuando no se trata el problema primario como la mala alineación.

## 15. ¿En su experiencia, qué procedimiento artroscópico se realiza en forma indebida o infructuosa con mayor frecuencia?

**EVG.** Aquellos que realizan médicos sin adiestramiento y únicamente guiados por un reporte imagenológico con datos falsos positivos.

**AHS.** La liberación del alerón lateral, La termoplastia del LCA y del cartílago articular, además de la sutura meniscal en lesiones con pobres probabilidades de cicatrización, que terminan por hacerse meniscectomía parcial finalmente.

**IE.** No considero que haya algo infructuoso, pero sí considero que se abusa de la liberación retinacular lateral y de la resección de plicas mediales, lo que provoca varias complicaciones posteriores.

#### **16. ¿Cuáles son las principales complicaciones que ha observado después de una cirugía del aparato extensor de la rodilla?**

**EVG.** Son raras y están relacionadas con pérdida de algunos grados en la extensión de la rodilla, habitualmente asociados a una falta de rehabilitación inmediata, en la mayoría de los casos atribuible a un paciente no cooperador.

**AHS.** Principalmente ruptura del marco de alambre de protección de la plastia, re-ruptura por mala técnica, rótula baja postquirúrgica y artrofibrosis.

**IE.** Artrofibrosis, rezago extensor, limitación de la flexión en sus últimos 20-30 grados, hipotrofia severa de cuadríceps y en algunos casos inhibición del cuadríceps