



Cuatro Cuatro en ortopedia

Microfracturas en la artrosis patelofemoral

Profesores	Eduardo Carriedo Rico Coordinador de Ortopedia del Hospital Ángeles "Lomas" México	
Preguntas		Opinión editorial de orthotips
¿Realiza microfracturas para compensar la artrosis patelofemoral?	Sí, pero sólo en la artrosis patelofemoral grado IV con exposición de cartilago subcondral, aunque parece ser que este procedimiento está cayendo en desuso, tal vez porque no hay pleno convencimiento de su utilidad y también por la dificultad para hacerlo.	Sólo en casos en los que la denudación de cartilago está limitada a uno o dos centímetros. En lesiones extensas no lo hago.
¿Por qué?	Porque las perforaciones disminuyen la presión venosa intraósea de la rótula, que es una de las causas de dolor en la patela y porque además se produce un sangrado que genera una metaplasia de los tejidos que da lugar a un nuevo fibrocartilago, recordando que no será un cartilago normal, pero que ayuda a soportar las presiones sobre la patela.	Porque en lesiones limitadas existe la posibilidad de que la microfractura provoque un efecto cicatricial con fibrocartilago. En cambio, en las lesiones extensas prefiero no hacerlo, pues sólo puede provocar sangrado intraarticular y aunque teóricamente se disminuye la presión intraósea de la rótula, difícilmente puede disminuir el dolor y menos se puede esperar una regeneración.
En caso afirmativo explique cómo lo hace. Si fue negativa, diga qué hace en vez de este procedimiento.	He diseñado una guía, en forma de "C" (C de Carriedo), para localizar la salida exacta de estas perforaciones, la que ayuda a abrir el espacio articular y al mismo tiempo dar protección a la óptica.	Técnicamente es difícil por el ángulo de ataque tan cerrado, pero generalmente lo hacemos con un clavillo de Steiman para aprovechar su flexibilidad o si se tiene bien localizada la lesión se puede hacer por vía percutánea en sentido anteroposterior.
En caso afirmativo mencione sobre qué estructuras.	Solamente sobre la rótula.	Patela y cóndilos.

<p>Stephane Jambou Cirujano Ortopedista Clinique du Sport de Bordeaux-Merignac France</p>	<p>José Pérez Correa Jefe del Servicio de Rodilla del Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez" IMSS. México</p>
<p>Sí, dependiendo del grado de artrosis. Los grados I y II los manejo mediante rehabilitación, a base de fortalecimiento del vasto interno y cuádriceps, así como elongación de los músculos isquiotibiales. En caso de no obtener una mejoría le propondría la viscosuplementación. En el grado III y IV realizo microfracturas por vía artroscópica o con la técnica Pridie mediante una artrotomía.</p>	<p>No.</p>
<p>Para favorecer la formación de un tejido fibrocartilaginoso que me sirva como amortiguador entre las estructuras óseas dañadas, con lo que se puede limitar el dolor y se retrasa la colocación de una prótesis.</p>	<p>No existe ningún método que compense la artrosis patelofemoral, ya que la rótula sufre una enfermedad cuyo origen está fuera de la articulación.</p>
<p>Si no existen datos de subluxación rotuliana o de hiperpresión lateral, realizo microfracturas sobre la rótula por vía artroscópica. En caso contrario, realizo un procedimiento abierto.</p>	<p>Evaluar las causas que originan la artrosis patelofemoral y corregir el origen de la hiperpresión lateral, incluidas las deformidades torsionales del esqueleto de la extremidad.</p>
<p>Si lo hago por artroscopia sólo realizo el procedimiento sobre la rótula. Si hago artrotomía, libero el alerón externo, hago una transposición de la tuberosidad anterior de la tibia y perforaciones en la rótula, así como en la tróclea femoral mediante la técnica de PRIDIE.</p>	<p>Como complemento pueden realizarse las microfracturas pero sólo para aliviar la presión intraósea, de la rótula y el fémur.</p>

Traducción: Dra. Ana Cristina King