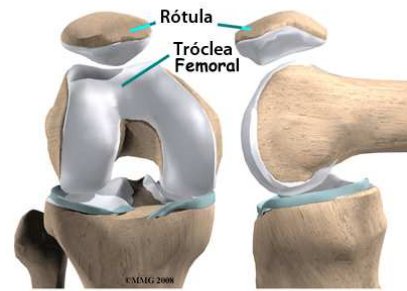


## ARTICULACION FEMOROPATELAR:

---

### Anatomía:

La **rótula** es un hueso situado en la parte anterior de la rodilla. Esta unido a la musculatura del muslo (cuádriceps) mediante el **tendón cuadricipital** y a la tibia mediante el **tendón rotuliano**. Durante el movimiento de la rodilla, la rótula discurre por un canal situado en la parte final del fémur denominado **tróclea femoral**. Tanto la rótula como la tróclea femoral están cubiertas por el **cartílago articular**, un tejido blando y bien pulido que a modo de "almohadilla", protege a los huesos del roce entre ellos, evitando el desgaste.



## SD. ROTULIANO DOLOROSO:

---

### ¿Qué es?

Es el dolor que aparece en la cara anterior de la rodilla y cuyo origen puede situarse en las alteraciones de la articulación femoropatelar.

### Causas:

Puede estar motivado por:

- Una deformidad anatómica que condiciona una mayor presión y roce entre la rótula y la tróclea femoral.
- Una alteración en las características del cartílago articular que provocaría dolor a pesar de existir una presión y roce normales (es la conocida como **Condromalacia rotuliana**)

### Síntomas:

- El principal síntoma es el **dolor**. Se localiza en la región anterior de la rodilla y se desencadena con actividades que requieren esfuerzos con la rodilla flexionada como bajar escaleras (sobre todo bajar), ponerse de cuclillas o de rodillas, estar sentado mucho tiempo o al levantarse tras haber estado sentado mucho tiempo.  
También puede aparecer dolor con otras actividades como estar mucho tiempo de pie o caminar mucho tiempo o a paso rápido.
- También puede producirse inflamación o **hinchazón**, que puede estar provocado por la acumulación de líquido en el interior de la rodilla (derrame articular).
- Es habitual la **sensación de roce** en el interior de la rodilla, e incluso la existencia de **crujidos** y chasquidos en la rodilla al realizar el movimiento de la misma.

## Diagnóstico:

- **Exploración:** es la prueba fundamental para el diagnóstico. Mediante ella podremos valorar la alineación de las extremidades inferiores y la localización del dolor y las maniobras que lo desencadenan, orientando hacia el diagnóstico definitivo que nos proporcionarán las pruebas de imagen.
- **Rx:** es la exploración inicial. En ella podemos valorar determinados datos como la forma, la altura y la inclinación rotuliana. La TeleRx no proporciona información sobre la alineación de los miembros inferiores, que condicionan también el funcionamiento rotuliano.



- **TAC:** con esta prueba podemos medir y cuantificar los parámetros de funcionamiento de la rótula (altura, bascula, grado de subluxación, forma y angulación de la tróclea femoral y alineación de la rótula).
- **RMN:** nos informa acerca del desgaste del cartílago de recubrimiento de la rótula y la tróclea femoral, así como de la existencia de otras lesiones asociadas en el resto de superficies óseas, meniscos o ligamentos de la rodilla.



## Tratamiento:

### TRATAMIENTO CONSERVADOR:

- La fase inicial del tratamiento es en la mayoría de los casos conservador, mediante medicamentos que controlen el dolor (AINEs) y regeneradores del cartílago (Glucosamina, Condroitin Sulfato,...).
- Se pueden añadir tratamientos locales, aplicados directamente en la rodilla, entre los que se encuentran las Infiltraciones de **Acido hialurónico** o **Factores de Crecimiento (PRP)**.
- Además, es fundamental, mantener unas **normas de vida adecuadas**, evitando los movimientos que más dañan a la rótula, como las escaleras, las posturas de cuclillas o las cargas de peso.
- Se puede añadir o no tratamiento de **fisioterapia** para mejorar la musculatura y el funcionamiento dinámico de la rótula.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

El objetivo del tratamiento es corregir las alteraciones del funcionamiento existentes para proporcionar unas mejores condiciones de trabajo a la rótula.

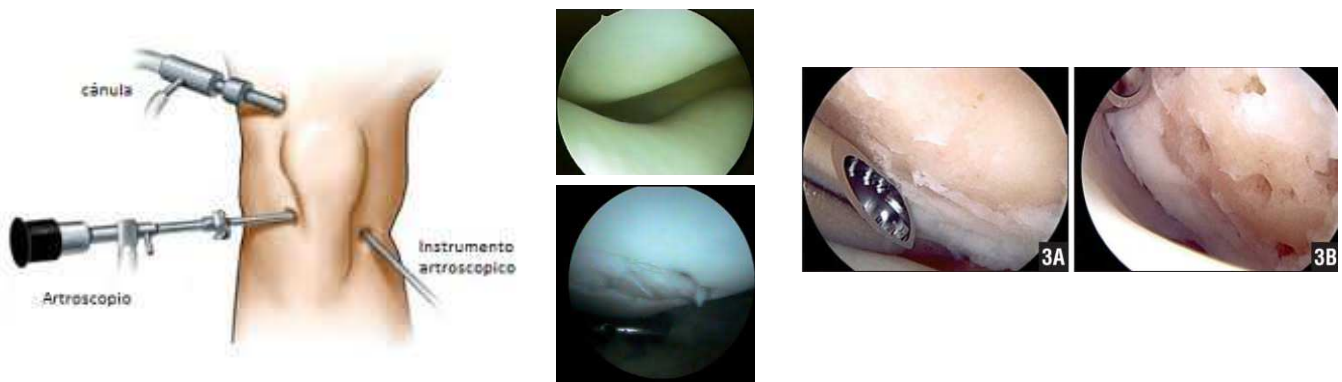
Mediante la cirugía no podemos corregir el desgaste ya existente en la rótula y tróclea femoral, pero si facilitamos su recuperación al mejorar las condiciones de funcionamiento y disminuir el roce sobre las zonas dañadas.

### **Técnicas quirúrgicas:**

El tratamiento del síndrome rotuliano doloroso es personalizado, por lo que es necesario un diagnóstico preciso de las deformidades y alteraciones de funcionamiento rotuliano.

Entre las técnicas más habituales tenemos:

- Artroscopia: mediante la artroscopia podemos realizar una visión directa de las lesiones del cartílago de la rotula, pudiendo eliminar las irregularidades en el mismo, Además podemos realizar perforaciones en las zonas desgastadas para permitir la llegada de sangre a la zona y la formación de un nuevo tejido (fibrocartílago) que tapizará las zonas expuestas.



- Retinaculectomía externa: sección del ligamento rotuliano externo en los casos de que se encuentre muy tenso, liberando la rótula y disminuyendo el roce con la tróclea femoral.
- Técnicas de realineación proximal: consiste en el retensado de partes blandas para dirigir un mejor recorrido rotuliano (Insall).
- Técnicas de realineación ósea distal: consisten en realizar cortes en la prominencia anterior de la tibia (Tuberosidad tibial anterior), donde se inserta el tendón rotuliano, para recolocarla en la posición correcta y mejorar el funcionamiento de la rótula.



- Osteotomías: consisten en realizar cortes en los huesos del fémur o la tibia para cambiar la forma de las piernas y evitar las sobrecargas de funcionamiento en determinados elementos óseos como la rótula. Son necesarias en algunos pacientes con alteraciones de alineamiento de las extremidades inferiores.
- Prótesis de rodilla: en los casos extremos, donde el desgaste de la articulación es muy severo, puede ser necesario, incluso, la colocación de prótesis de rodilla.



### Tratamiento Postoperatorio:

Posteriormente se podrán añadir al tratamiento otras medidas encaminadas a la recuperación del cartílago dañado, como son medicamentos precursores del cartílago o infiltraciones intraarticulares de Acido Hialurónico (Viscosuplementación) o Plasma Rico en Plaquetas y Factores de Crecimiento (PRP).

#### **Grupo ArtroSur (<http://www.artrosur.es>):**

<b>Unidad de Miembro Inferior:</b>	- <b>Dr. Barrena:</b> (Rodilla y Cadera). Cirugía abierta y artroscópica, Traumatología general. - <b>Dr. Baquero:</b> (Rodilla y Cadera y Pie). Cirugía abierta y artroscópica, Traumatología general.
<b>Unidad de Miembro Superior:</b>	- <b>Dr. Cárdenas:</b> (Hombro, Codo y Mano), Cirugía abierta y artroscópica, Traumatología general.
<b>Unidad de Columna Vertebral:</b>	- <b>Dr. Hidalgo:</b> (cervical, lumbar, escoliosis....) . Traumatología general.