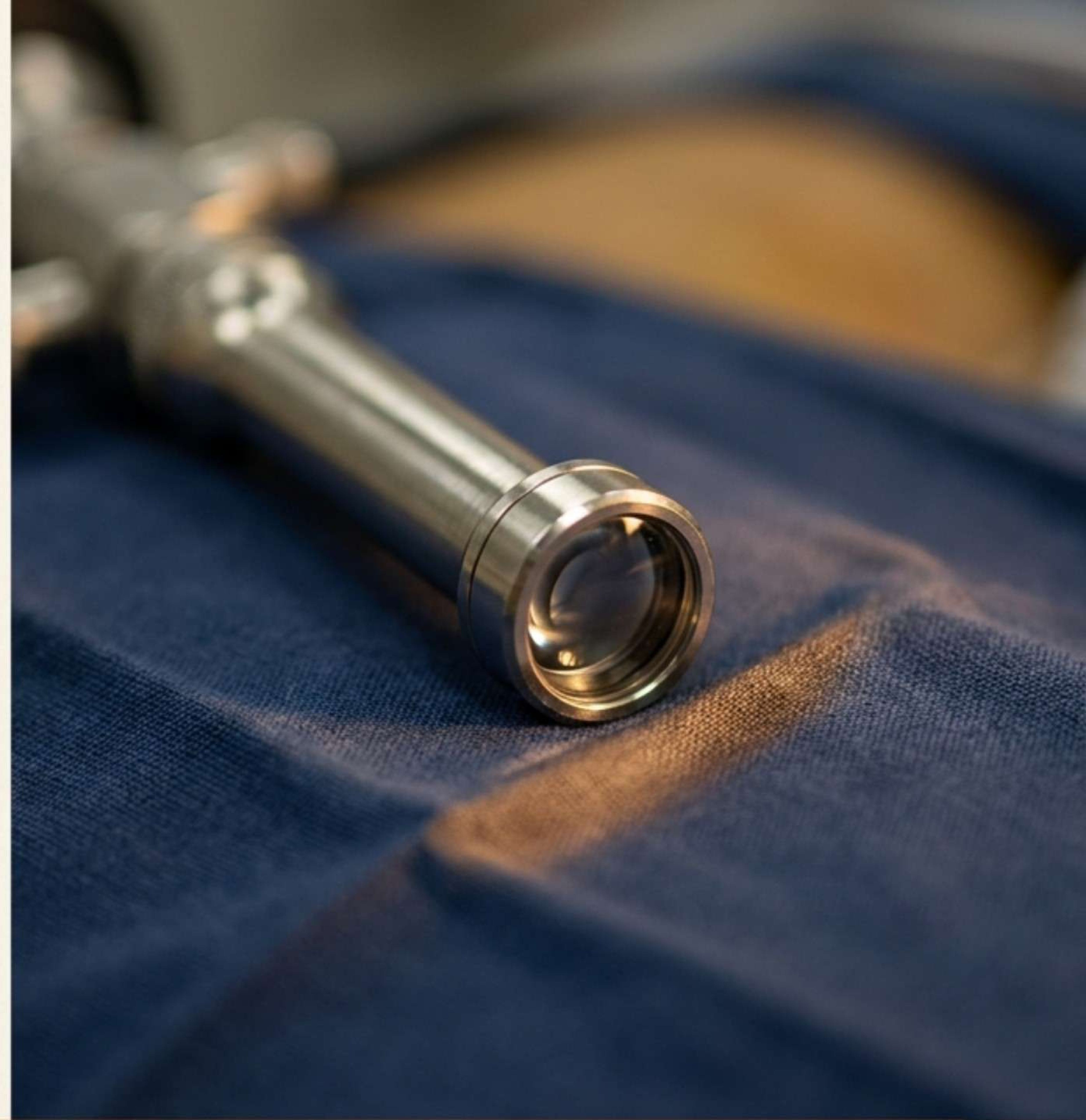


Una decisión quirúrgica informada comienza con un diagnóstico honesto.

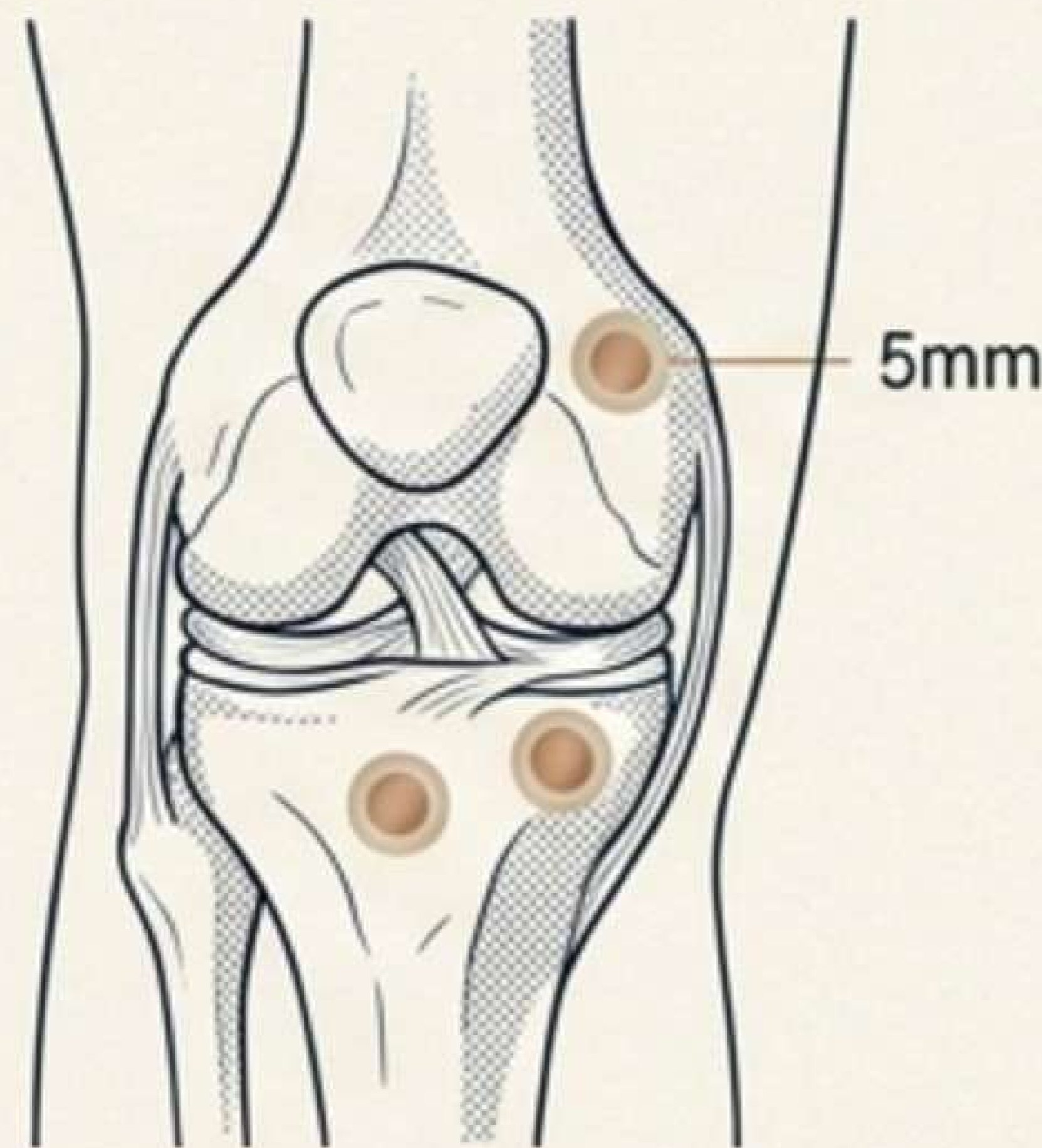
Si recientemente le indicaron una artroscopia de rodilla, es natural tener dudas sobre su verdadera necesidad.

Este dossier clínico desmitifica el procedimiento basándose en la evidencia actual: cuándo es indispensable, cuándo no aporta beneficios y qué alternativas reales existen para su caso particular.



Ver el interior sin alterar la estructura externa

La artroscopia es una estrategia de mínima invasión. Funciona exactamente como introducir un periscopio iluminado en una habitación a oscuras: a través de portales de apenas 5 milímetros, una cámara de alta definición permite evaluar y reparar estructuras internas (meniscos, ligamentos, cartílago) sin necesidad de derribar las paredes de la articulación con incisiones amplias.



Doble propósito en un solo acto:
Diagnóstico visual directo y tratamiento
quirúrgico de precisión milimétrica.

La intervención es precisa cuando el problema es mecánico.

La literatura científica respalda firmemente la artroscopia para corregir fallas mecánicas específicas. Piense en la articulación como una bisagra compleja; la cirugía está indicada cuando hay un obstáculo físico que bloquea su engranaje, no cuando simplemente hay desgaste por uso.



Lesiones Meniscales Traumáticas

Rodillas que se traban o bloquean mecánicamente debido a fragmentos desplazados.



Cuerpos Libres

Fragmentos de hueso o cartílago flotando en la articulación que generan dolor agudo y bloqueos.



Reconstrucción de LCA

Rupturas del ligamento cruzado anterior, esencial para recuperar la estabilidad deportiva.

La cirugía no es la respuesta para el desgaste degenerativo.

El punto de quiebre ético en la ortopedia moderna. Las revisiones científicas de más alta calidad son concluyentes: la artroscopia proporciona poco o ningún beneficio clínico para la osteoartrosis pura (gonartrosis) en comparación con el manejo conservador. No se puede reparar el desgaste natural de un neumático recortando sus bordes.

Mecánico / Trauma
(Cirugía Indicada)

El Espectro de la Lesión

Degenerativo / Artrosis
(Cirugía NO Indicada)



Evidencia: Revisión Cochrane 2022

Si su diagnóstico primario es artrosis o daño meniscal puramente degenerativo (común después de los 50 años), las guías internacionales recomiendan firmemente el tratamiento conservador antes que el bisturí.

Operamos pacientes clínicos, no imágenes impresas.

Un malentendido frecuente: asumir que una alteración en la Resonancia Magnética (RM) equivale a una cirugía obligatoria. Al igual que una fotografía de una grieta en la pared no dice si los cimientos de la casa están cediendo, un hallazgo degenerativo en la RM puede no ser la causa real de su dolor.

El juicio clínico es el filtro final. La evaluación en consultorio integra la historia, el examen físico y la imagen para evitar intervenciones innecesarias.



1

Valoración

Confirmación de indicación y seguridad anestésica.

2

Anestesia

Regional o general, optimizada para su perfil

La arquitectura de una intervención de mínima invasión.

Cuando la cirugía es la estrategia correcta, el procedimiento se diseña para minimizar el trauma tisular. Se realiza frecuentemente de forma ambulatoria, permitiendo que el paciente regrese a casa el mismo día tras una intervención de 45 a 90 minutos de complejidad moderada.

5

Cierre Compresivo

Uno o dos puntos anatómicos

4

Exploración y Reparación

Intervención directa en el compartimento afectado

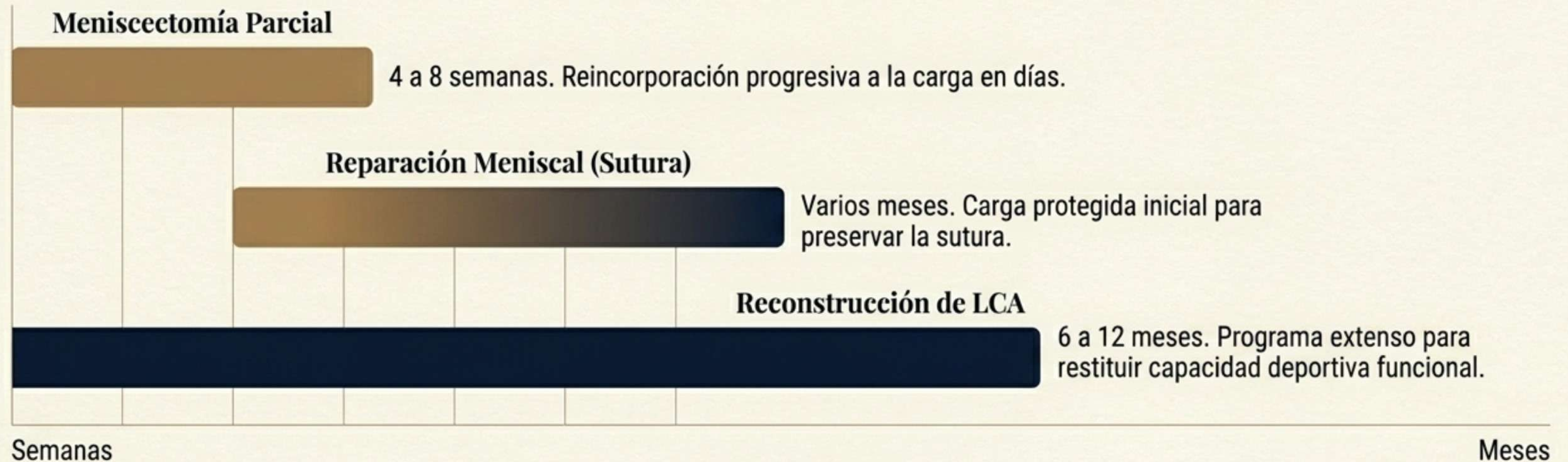
3

Portales Artroscópicos

Incisiones milimétricas (5 mm)

La rehabilitación real dicta los plazos de recuperación.

Los tiempos de recuperación no son genéricos; dependen de la complejidad de la reparación. Retirar un fragmento (meniscectomía) permite un rápido retorno funcional, mientras que suturar un tejido o reconstruir un ligamento exige meses de protección biológica. Es la diferencia entre afinar un motor y reconstruir su transmisión.



La transparencia exige hablar de los riesgos antes de firmar.

Todo procedimiento quirúrgico, por mínima que sea la invasión, conlleva un perfil probabilístico de riesgo. La incidencia varía según comorbilidades y edad, pero la honestidad clínica dicta que esta conversación debe ocurrir siempre antes de entrar al quirófano, nunca después.

Infección (superficial o intraarticular).

Hemartrosis (acumulación de sangre).

Eventos tromboembólicos (TVP).

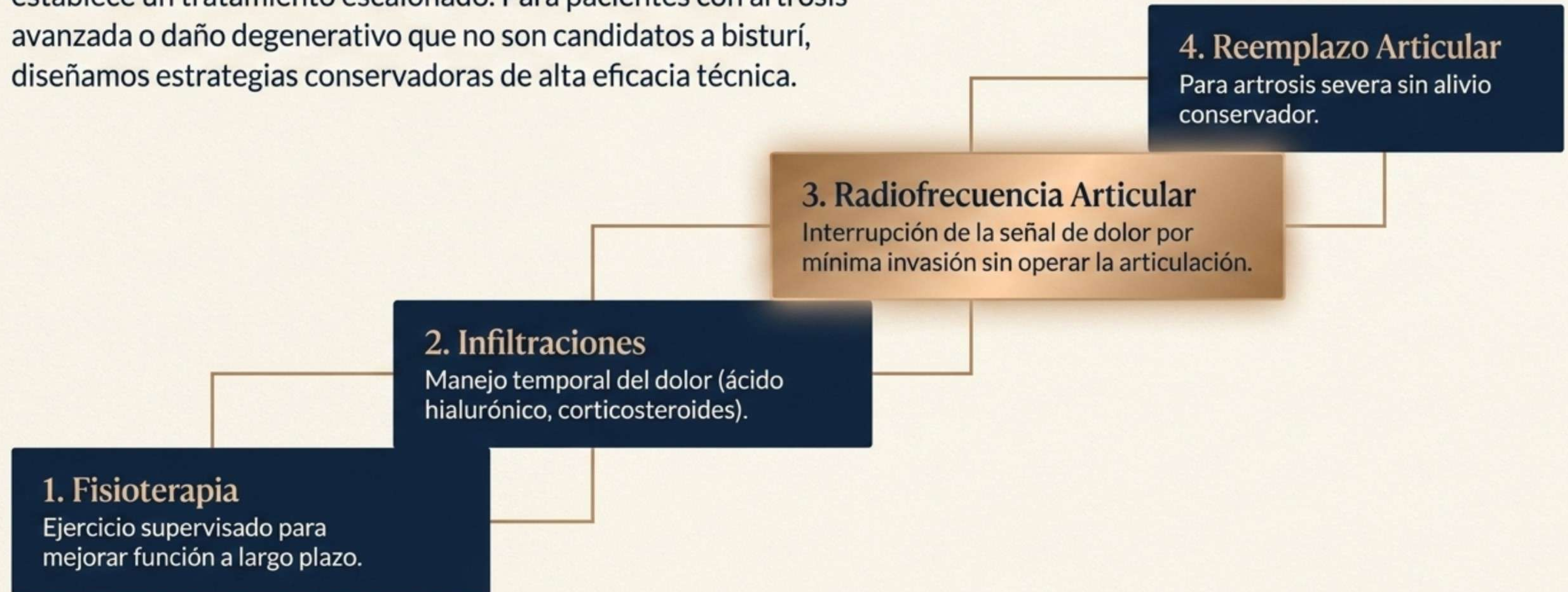
Rigidez articular posoperatoria.

Falla del procedimiento o necesidad de revisión.



El arsenal terapéutico va más allá del quirófano.

La cirugía rara vez es el primer o único paso. La guía CENETEC establece un tratamiento escalonado. Para pacientes con artrosis avanzada o daño degenerativo que no son candidatos a bisturí, diseñamos estrategias conservadoras de alta eficacia técnica.



Criterios claros para tomar el control de su salud articular.

Una segunda opinión de alta especialidad requiere hacer las preguntas correctas.
Use esta guía en su próxima valoración.

Preguntas para su Especialista

- “ ¿Hay una lesión mecánica concreta que justifique la cirugía? ”
- “ ¿Qué pasa si decido no operarme? ”
- “ ¿Qué parte de mi resonancia explica realmente mis síntomas? ”

Señales de Alerta



Bloqueo articular persistente (la rodilla se trabada).



Inestabilidad marcada (la rodilla se va).



Derrame súbito o dolor agudo tras una torsión.

Su rodilla merece una evaluación clínica de alta especialidad.

Los protocolos médicos y los hallazgos de imagen son el mapa, pero el juicio clínico es la brújula. Con más de 20 años de experiencia clínica y más de 680 valoraciones positivas de pacientes, nuestro compromiso es ofrecerle la estrategia de tratamiento más adecuada para su biología, su dolor y su estilo de vida.

Si le han recomendado una artroscopia y busca certeza técnica, agende una valoración directa para analizar su caso paso a paso.

