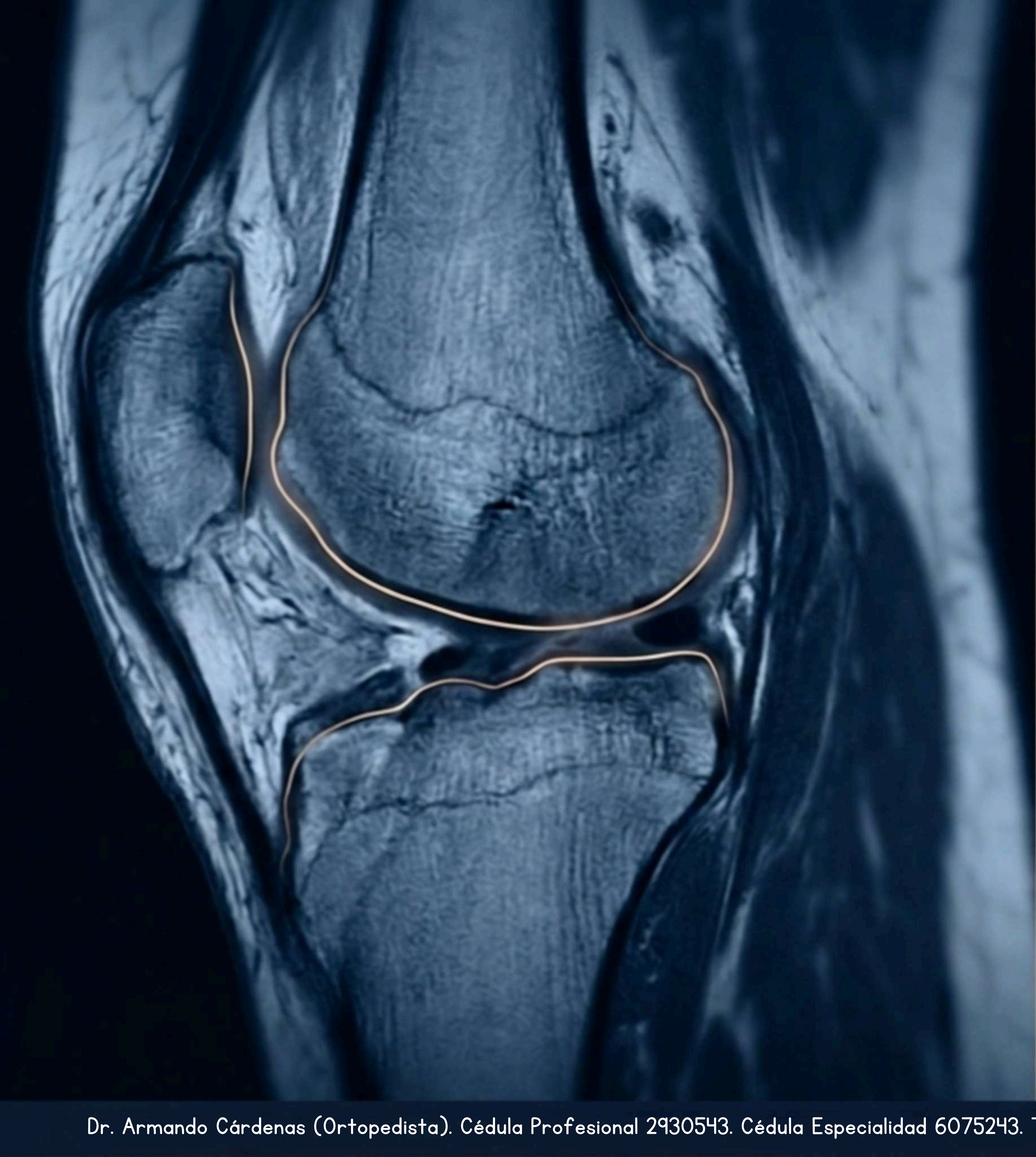


Gonartrosis: Entender el desgaste, diseñar la estrategia.

Una guía clínica sobre la degeneración articular de rodilla y las vías de tratamiento escalonado basadas en evidencia.





La realidad biológica detrás del “desgaste de rodilla”.

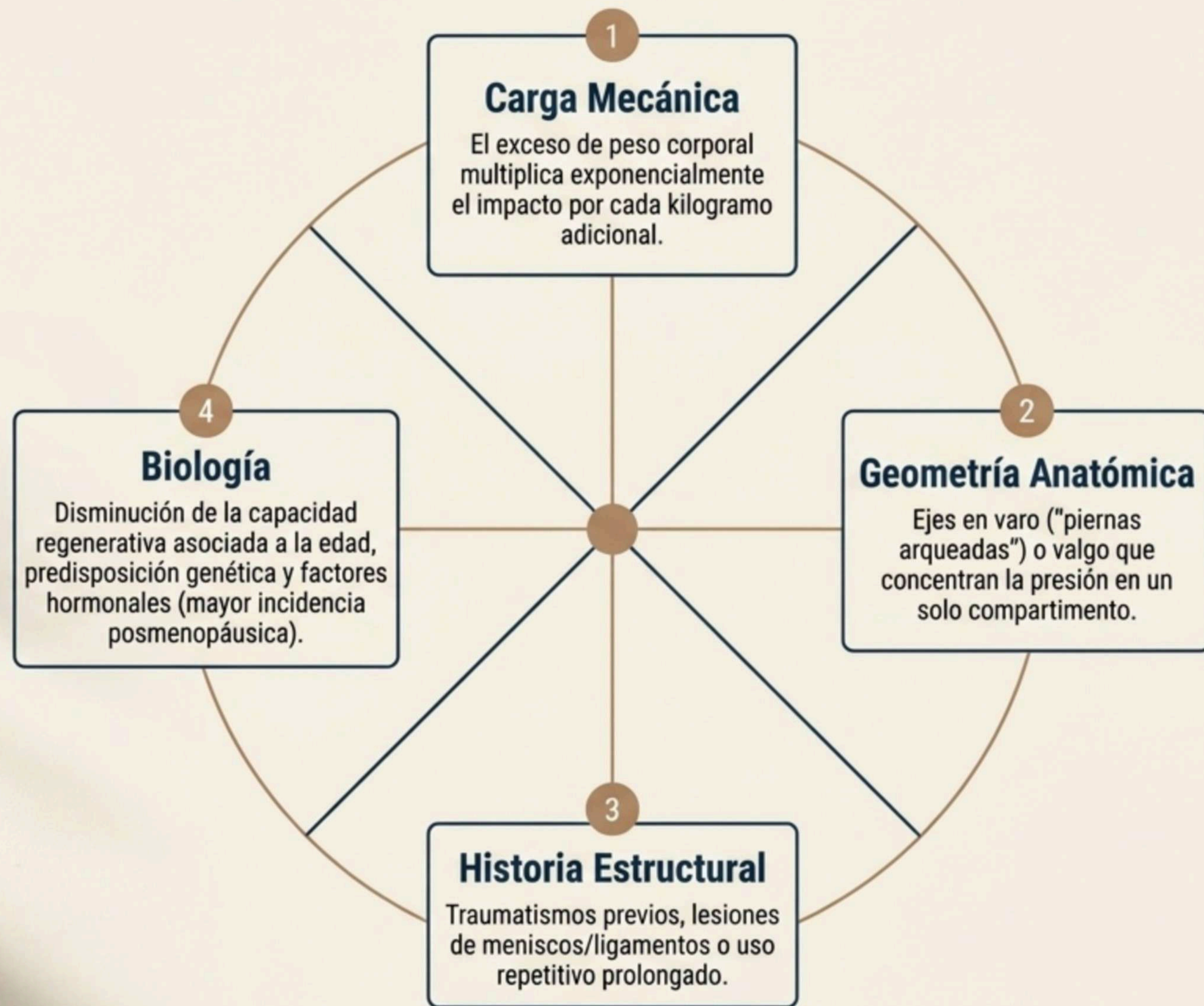
El término clínico es gonartrosis. Representa la pérdida progresiva del cartílago que protege los extremos óseos de la rodilla (fémur, tibia y rótula).

Imagine este cartílago como el recubrimiento de teflón en un sistema de engranajes de alta precisión. Cuando este recubrimiento se adelgaza, el hueso subyacente reacciona ante la fricción directa, generando inflamación de la membrana sinovial, dolor crónico y cambios estructurales irreversibles. No es un simple "envejecimiento"; es un proceso mecánico y biológico continuo.

Insight Clínico: La artrosis degenerativa es la causa más frecuente del dolor crónico de rodilla (aquel que persiste por más de tres meses).

Un ecosistema multifactorial.

La gonartrosis nunca tiene una causa aislada. Entender estos factores nos permite orientar el tratamiento hacia la modificación de las variables que sí están bajo nuestro control, optimizando su calidad de vida.



La evolución del dolor: del movimiento al reposo.

El dolor articular es un mensajero que cambia su comportamiento según la etapa del desgaste. Registrar este patrón es el paso fundamental para nuestro diagnóstico.



El Patrón Mecánico (Fase Inicial)

Molestia insidiosa que aparece al bajar escaleras o tras actividad física prolongada. Cede completamente al descansar. Se acompaña de crepitación (crujidos) y rigidez matutina breve (menor a 30 minutos).

El Signo de Alerta (Fase Avanzada)

El dolor pierde su relación exclusiva con el movimiento. Aparece con actividades mínimas o, de manera más crítica, persiste en reposo e interrumpe el descanso nocturno. Presencia de derrames articulares (acumulación de líquido).

El mapa de ruta radiográfico: Escala Kellgren-Lawrence (I-II).

Grado I (Inicial)

Realidad Radiográfica:

Estrechamiento dudoso del espacio articular; posibles osteofitos mínimos.

Realidad Clínica: Posiblemente asintomático o con molestias muy leves tras esfuerzos inusuales.

Grado II (Leve)

Realidad Radiográfica:

Osteofitos definidos (espuelas óseas); posible estrechamiento del espacio articular.

Realidad Clínica: Dolor puntual con actividad intensa, rigidez matutina inicial y ligeros crujidos mecánicos.

Insight Clínico: La radiografía simple en bipedestación (de pie) es nuestro estándar de oro, ya que evalúa la rodilla soportando la carga real del cuerpo.



El mapa de ruta radiográfico: Escala Kellgren-Lawrence (III-IV).

A medida que el espacio articular disminuye, la estrategia clínica debe volverse más proactiva para preservar la función y mitigar el daño estructural.

Grado III (Moderado)

Realidad Radiográfica:

Estrechamiento evidente del espacio; formación de esclerosis subcondral (endurecimiento del hueso) y osteofitos moderados.

Realidad Clínica: Dolor con actividades cotidianas básicas; limitación funcional notable en la marcha.

Grado IV (Severo)

Realidad Radiográfica: Espacio articular casi ausente (roce directo de hueso con hueso); osteofitos grandes y deformidad estructural visible.

Realidad Clínica: Dolor constante y limitante, incluso en reposo o al dormir; alteración severa de la calidad de vida.



La precisión del diagnóstico: Radiografía vs. Resonancia.

Un diagnóstico de excelencia evita estudios innecesarios. La RM se solicita de manera estratégica únicamente si sospechamos lesiones concomitantes en meniscos, ligamentos, edema óseo, o si la correlación entre su nivel de dolor y la radiografía no es concluyente.

Radiografía en bipedestación (Bajo carga)

El estudio primario e indispensable. Revela el espacio articular funcional real mientras la articulación soporta el peso de su cuerpo.

Resonancia Magnética (RM)

Herramienta de uso sumamente específico. No es obligatoria para confirmar una gonartrosis establecida.

La Escalera Terapéutica CENETEC.

Según las guías nacionales e internacionales, el tratamiento no es un evento aislado, sino una estrategia estrictamente escalonada. Avanzamos ajustándonos a su respuesta clínica y al grado específico de desgaste.

Pilar Intervencionista

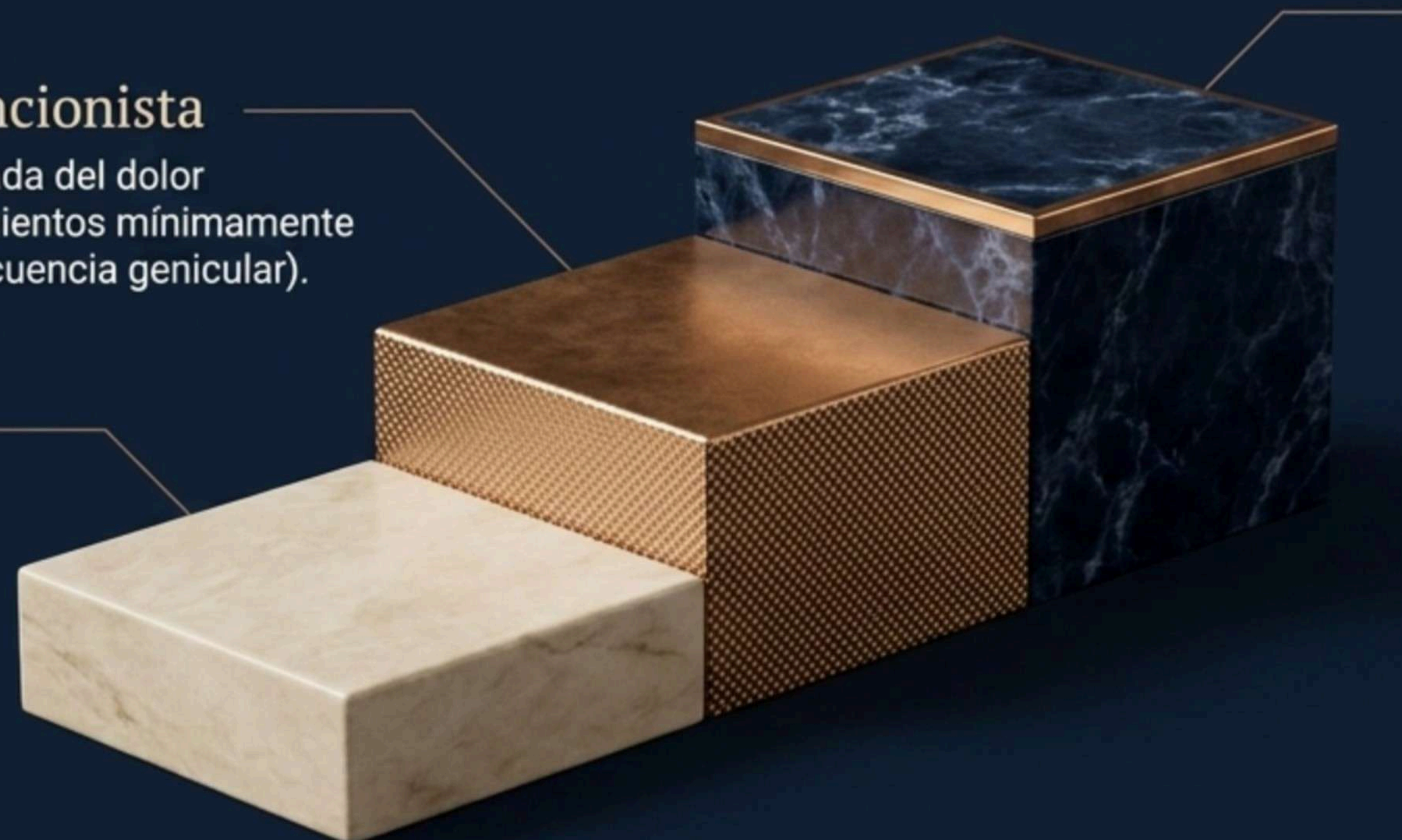
Modulación avanzada del dolor mediante procedimientos mínimamente invasivos (radiofrecuencia genicular).

Pilar Conservador

Educación, modificación biomecánica, control metabólico y terapia física dirigida.

Pilar Reconstructivo

Artroplastia (parcial o total) para restaurar la cinemática articular en grados avanzados.





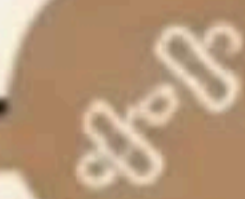
Primer Eslabón: Optimización Conservadora

El primer paso exige modificar el entorno biológico y mecánico de la articulación. Estas intervenciones de primera línea tienen el mayor impacto en el largo plazo:



Descarga Mecánica

El control de peso corporal ofrece la mayor relación costo-beneficio para reducir la carga sobre el cartílago restante.



Fortalecimiento Dirigido

Fisioterapia enfocada en la musculatura periarticular (cuádriceps) y trabajo aeróbico de bajo impacto.



Soporte y Control

Uso estratégico de apoyos ortésicos (plantillas o rodilleras para alinear ejes) y esquemas de analgésicos estrictamente supervisados para evitar el enmascaramiento del daño.

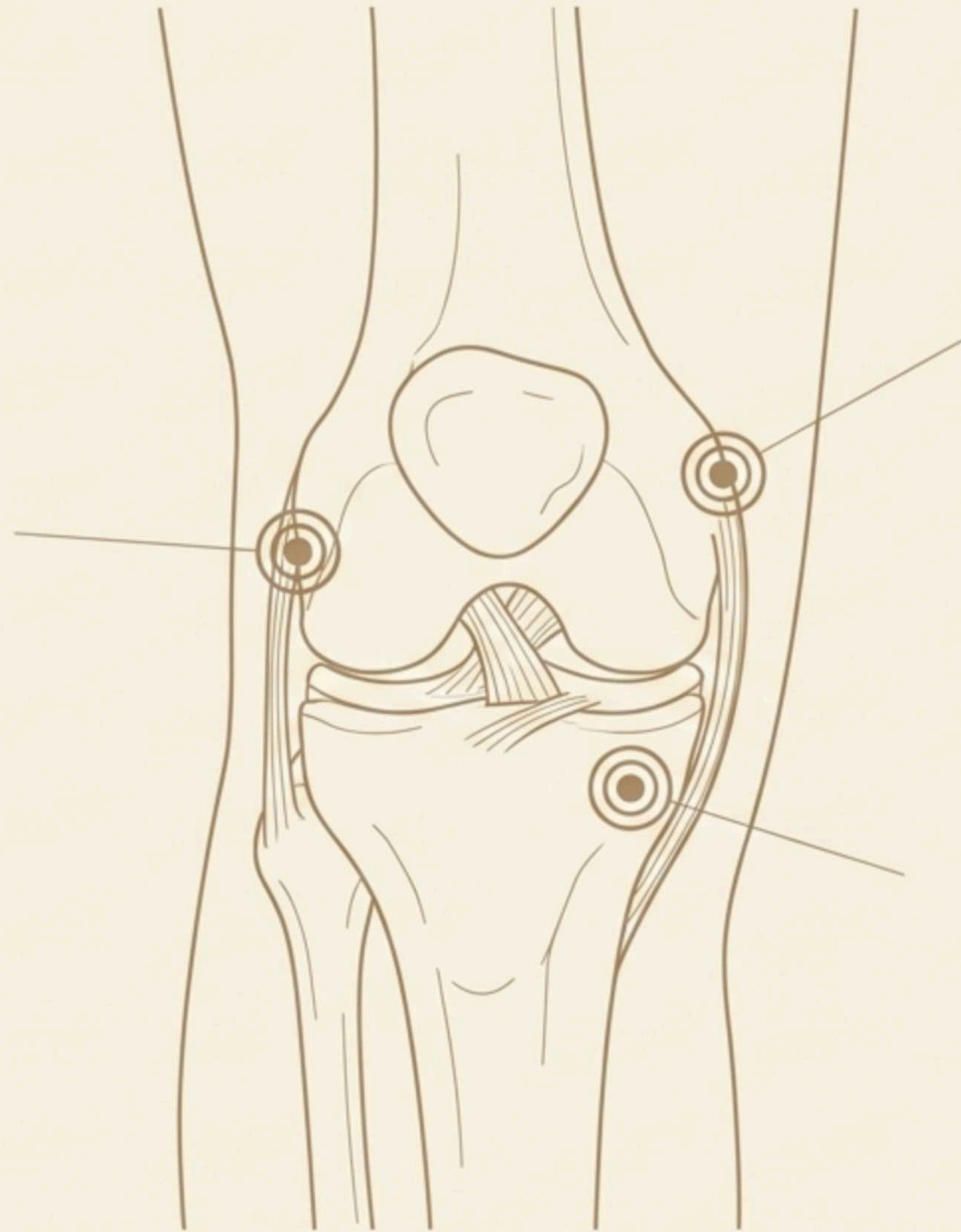


Segundo Eslabón: Intervencionismo Estratégico.

Cuando el abordaje conservador es insuficiente, la evidencia médica respalda procedimientos mínimamente invasivos. La radiofrecuencia de nervios geniculares es una técnica diseñada para la modulación avanzada del dolor.

Esta estrategia busca mejorar el control analgésico y recuperar funcionalidad temporal. Nos permite ganar tiempo de calidad, facilitando que el paciente retome su rehabilitación física con mayor comodidad, o como puente temporal mientras se planea una futura intervención quirúrgica.

Insight Clínico: La pertinencia clínica de este procedimiento se evalúa individualmente, a menudo mediante un bloqueo diagnóstico predictivo realizado en consultorio.



Radiofrecuencia: Modulando la transmisión del dolor.

Es crucial la transparencia: la radiofrecuencia (convencional o enfriada) no regenera el cartílago desgastado. Su objetivo es estrictamente el manejo del dolor crónico.

El Problema

Imagine que el dolor crónico es un sistema de alarma que se ha quedado atascado en modo de alerta permanente.

La Solución Biomecánica

La radiofrecuencia utiliza energía térmica calibrada para "bajar el volumen" de las ramas nerviosas (los cables que transmiten la señal de dolor de la rodilla al cerebro). Al interrumpir temporalmente esta señal, la literatura reporta ventanas de analgesia significativa que impactan positivamente en la función física.



Tercer Eslabón: Restauración Quirúrgica.

En **etapas avanzadas (Kellgren-Lawrence III y IV)**, cuando la limitación funcional compromete severamente la calidad de vida y las opciones previas se han agotado, la artroplastia de rodilla es el estándar de excelencia para restaurar la cinemática articular.

Analogía Clínica: No se trata de una "amputación" de la rodilla, sino de un recubrimiento arquitectónico. Se retira milimétricamente únicamente la superficie ósea desgastada y se coloca un implante de precisión que devuelve la suavidad al movimiento.

Insight Clínico: Ya sea un reemplazo total o una preservación parcial (artroplastia patelofemoral), la decisión es altamente individualizada, considerando siempre la optimización de la durabilidad del implante.

El momento de la decisión: Cuándo buscar orientación.

Esperar a que el dolor sea totalmente incapacitante reduce sus opciones terapéuticas de mínima invasión.
Considere una valoración especializada si se identifica en alguno de estos escenarios:

1

Dolor articular que persiste o recurre constantemente por más de tres meses.

2

Molestias que han dejado de ser solo por esfuerzo mecánico y ahora interrumpen su descanso nocturno.

3

Un diagnóstico radiográfico previo de "desgaste" sin un plan de tratamiento claro y escalonado.

4

Falta de mejoría funcional tras meses de analgésicos continuos y terapia física.

Su panorama clínico, analizado a detalle.

En la práctica de la medicina de alta especialidad, sabemos que no existen planes de tratamiento universales. Cada paciente posee un nivel de desgaste radiográfico específico, un ecosistema metabólico único y, lo más importante, objetivos funcionales distintos.

El propósito de nuestra consulta en la Torre Cenit es actuar como sus estrategias clínicas: traducir sus estudios de imagen a la realidad física, explicarle su etapa exacta en la escala de desgaste y diseñar, junto a usted, un protocolo terapéutico realista, ético y basado en evidencia.



Discutamos su estrategia de tratamiento.

La información médica adquiere verdadero valor clínico cuando se contextualiza a su anatomía anatómica y estilo de vida.
El siguiente paso hacia el control de su salud articular es una valoración presencial estructurada.

Consultorio

Torre Cenit Medical Center,
Piso PH, Consultorio 1114.
Altabrisa, Mérida, Yucatán.

Atención Clínica

WhatsApp: 999-635-9889

Portal Institucional

radiofrecuenciaarticular.com.mx

*Nota Clínica: Los resultados de cualquier intervención varían según las características individuales de cada paciente.
Esta guía educativa no sustituye el diagnóstico médico presencial individualizado.*