

El Arte de Recuperar el Movimiento.

Guía equilibrada sobre la prótesis de rodilla: cuándo es el siguiente paso lógico y cómo prepararse para una restauración funcional.

El tratamiento adecuado en el momento preciso.





Cuando el mantenimiento llega a su límite.

Fisioterapia y soporte

Fortalecen la musculatura, pero cuando la pérdida de espacio articular es severa, el músculo ya no puede compensar la mecánica dañada.

Infiltraciones y radiofrecuencia

Excelentes para silenciar la molestia temporalmente o mejorar lubricación, pero no regeneran el cartílago perdido.

El umbral estructural

Cuando el desgaste llega a ser hueso contra hueso, las herramientas de mantenimiento no logran compensar un problema de base mecánica.

No es rendición, es elegir la herramienta correcta para la etapa correcta.



Señales de que el último peldaño es necesario.

1. Fricción directa documentada

Pérdida significativa del espacio articular en su radiografía (grado III o IV de Kellgren-Lawrence).

2. Desviación del eje

Deformidad progresiva (piernas arqueadas o en X) que no responde a plantillas ni medidas conservadoras.

3. Impacto inaceptable

Fracaso documentado de terapias previas y una limitación funcional que restringe su independencia y descanso diario.

La radiografía nos da el mapa; su calidad de vida nos da la brújula.

El espectro de la restauración articular



Fisioterapia

Refuerza los tensores y el soporte estructural externo. Ideal para desgaste temprano a moderado.



Radiofrecuencia

Silencia estratégicamente la señal de alerta del nervio genicular. Ofrece alivio temporal sin alterar la estructura.



Prótesis

Restaura la superficie de fricción y la mecánica interna de raíz. El último peldaño para desgaste avanzado.

Evaluamos todas las rutas conservadoras antes de contemplar la intervención anatómica.

Restauración a la medida: Estructura Total o Parcial.



Prótesis Total

Sustituye las tres superficies de la articulación. Es la vía estándar y más predecible cuando el desgaste es generalizado en toda la rodilla.



Prótesis Parcial (Unicompartimental)

Reemplaza únicamente el lado dañado. Conserva sus ligamentos intactos y el hueso sano.

Criterio de selección: La prótesis parcial preserva tejido nativo, pero requiere que el daño esté estrictamente localizado y sin inflamación severa general.

No existe la "mejor" prótesis, sino la más adecuada para su anatomía específica.

La integración de la nueva estructura



Fijación Cementada

Utiliza un polímero de grado médico para un anclaje estructural inmediato y estable. Ampliamente documentado y excelente para huesos maduros.



Fijación No Cementada

El implante tiene una superficie porosa. Permite que su propio tejido óseo crezca y se entrelace biológicamente con la estructura a lo largo del tiempo.

Su densidad ósea dicta la técnica de anclaje más segura y duradera.



Ingeniería de precisión en 90 minutos.

Anestesia enfocada

Habitualmente utilizamos anestesia regional (adormeciendo solo la mitad inferior). Evitar la anestesia general reduce tiempos de recuperación y riesgos asociados.

Recubrimiento, no amputación

El procedimiento dura entre 60 y 90 minutos. Retiramos milimétricamente las superficies articulares dañadas y calibramos la nueva superficie de fricción.

Estancia breve

La hospitalización en modalidad de internamiento habitual es de 1 a 3 noches, priorizando su monitoreo y seguridad inicial.

Reemplazamos la superficie de desgaste, conservando el eje de su movimiento.

Las fases de su adaptación funcional



Semana 1 (Control)

Enfoque en mitigar la inflamación. Inician los primeros pasos con apoyo y fisioterapia temprana para activar la circulación.



Mes 1 (Carga)

Avance progresivo en la carga de peso. El objetivo es recuperar ángulos de flexión mediante rehabilitación estructurada. La inflamación residual es normal.



Meses 3 a 6 (Consolidación)

El rango de movimiento se estabiliza. Reducción sostenida de molestias en reposo y retorno gradual a actividades cotidianas sobre superficies planas.

La recuperación se mide en meses de adaptación progresiva, no en días de reposo.



No se trata de operar lo antes posible, sino en el momento biológico idóneo.

El costo oculto de postergar la decisión.

Atrofia muscular

La inactividad prolongada por dolor agota la masa muscular, lo que hace la eventual rehabilitación postoperatoria mucho más difícil.

Efecto dominó

Al cojear o compensar la postura, se transfiere una sobrecarga mecánica a otras articulaciones sanas, desgastando prematuramente la cadera, la columna o la rodilla opuesta.

Complejidad estructural

La deformidad avanza mes a mes, lo que puede requerir técnicas quirúrgicas más invasivas en el futuro.

Criterios para elegir a su especialista.

Volumen y experiencia

Busque un cirujano con alta frecuencia en este procedimiento específico. El volumen se traduce en manejo experto de variantes anatómicas.

Planeación milimétrica

Exija una planeación preoperatoria con imagen (radiografías calibradas o herramientas digitales) para definir el tamaño y alineación antes de abrir.

Red de soporte

Asegúrese de que exista un equipo coordinado: desde un entorno hospitalario seguro hasta especialistas en fisioterapia postoperatoria.

Un especialista ético es aquel que también sabe decirle cuándo NO operarse.



Diseñando su plan de tratamiento

- 1** Si el manejo conservador ya no le ofrece el alivio funcional que busca, el siguiente paso es una evaluación médica presencial.
- 2** Revisaremos detalladamente sus estudios de imagen y trazaremos una ruta clínica probabilística, evaluando sus alternativas reales sin presiones.
- 3** Conversaremos sobre sus expectativas funcionales y determinaremos juntos si el reemplazo es el siguiente paso lógico.

El siguiente paso comienza con una conversación honesta en consultorio.