

El Dolor de Rodilla y los Guerreros del Fin de Semana

Mercy Hospital,
Miami, FL
March 17, 2009

Buenvenidos a este quirófano en vivo, presentación en vivo del Hospital Mercy desde Miami, Florida. Durante este programa es fácil para ustedes hacer referidos, hacer preguntas u obtener más informa, hagan clic en el botón en pantalla y abran la puerta a un cuidado médico informado.

Quirófano en vivo, la visión del mejoramiento de la salud.

Hola, y bienvenidos al Hospital Mercy. Estamos en el quirófano en vivo. Nosotros vamos a ver dos cirugías hoy. Tenemos al doctor Carlos Lavernia que va a hacer una reemplazo de rodilla, y Peter Holman que va a hacer otra también. Vamos a presentar primero al doctor Lavernia, el doctor Lavernia es jefe del Instituto de. Bienvenidos a nuestro quirófano, estamos aquí con ustedes, queremos darle la bienvenida, creo que hoy van a ver que nuestra operación va a ser muy fascinante.

Y ahora vamos a darle la palabra al doctor Peter Holman, doctor Holman es el médico del equipo profesional de fútbol aquí en Miami, en la Florida, y el ortoped, el cirujano ortopédico va a hacer la artroscopía que veremos hoy. ¿Cómo está doctor Holman?

Hola a todos, bienvenidos aquí a Miami, estamos aquí hablando en el quirófano del Hospital Mercy, aquí tenemos una cirugía artroscópica de la rodilla que es una inserción de la cámara en la articulación, todos pueden ver al articulación de la rodilla aquí, lo que yo tengo aquí es un par de cosas en la rodilla, que yo puedo enseñarles esto que aquí tenemos la rótula que yo la he marcado, pueden ver la rótula, se mueve para un lado y para otro, aquí tenemos la articulación, podemos ver donde yo pongo el dedo se inclina para arriba y para abajo, aquí está la articulación, aquí está la, aquí es donde está el menisco medio, aquí tenemos el tendón de la rótula, y aquí el tendón cuádriceps pues aquí. Lo que yo he hecho, yo he, he usado unas marcas aquí para contener la sangre por, vamos a ponerlo aquí a un lado, vamos a empezar con una pequeña incisión en la rodilla, lo que yo voy a hacer, voy a hacer una pequeña incisión aquí en la rodilla. La incisión que yo hago sobre la línea media de la articulación al lado del tendón, una pequeña intención, incisión como decía esta mañana, entre aquí y aquí va a ser la incisión, para que la cámara y nuestros instrumental esté dentro de la articulación. Lo que vamos a hacer ahora, vamos a empezar a hacer una pequeña incisión en la piel, poner una cánula, ponerla en la articulación, y esa es la cámara que se está poniendo dentro de la articulación. Es suficientemente grande para la cánula, pero voy a poder enderezar la rodilla, voy a poner la cánula aquí dentro de la articulación de la rodilla, voy a poner la cámara directamente ahí. Muy bien. Luego cuando hacemos eso, no queremos demasiada agua rodando a nuestros pies, pues se forma un lago.

Ahora vamos a conectarnos dentro de la articulación, estamos dentro de la articulación de la rodilla del paciente, es un señor que tiene un reparación, problema en el menisco basado en resonancia magnética, así que nosotros vamos a buscar un desgarramiento del menisco, él estaba jugando golf hace unos día, unas semanas, tuvo una lesión en su rodilla y sintió dolor inmediato cuando se torció la rodilla y el dolor, así que lo que yo voy a hacer ahora, les voy a enseñar el interior de la articulación de la rodilla, aquí tenemos la parte de atrás de la rótula, pueden ver que la rótula rebota para arriba y para abajo, esa es la superficie de la rótula, ese es el cartílago que está ahí, aquí tenemos una nivel de cartílago donde está, pueden ver la rótula que se desliza hacia arriba y hacia abajo, vamos a bajar por la parte interior de la rodilla aquí, ven que no hay nada flotando dentro de la rodilla, voy a ir al otro lado de la rodilla ahora,

esto es una artroscopia diagnóstica de la rodilla, hacemos esto en todos los pacientes a ver lo que está pasando, a ver si hay lesiones que sean necesarias reparar, volvemos a la parte de atrás en la parte de afuera de la rodilla y aquí está el tendón plopíteo, y el menisco exterior luce bien, ahora vamos a ir hacia arriba aquí, vamos a ir a la parte de adentro de la rodilla, voy a, voy a poner una aguja aquí, y voy a, aquí está el menisco, y aquí es donde creemos que hay un pequeño desgarramiento y en este caso no lo va a tener, pero el examen, en resonancia magnética, magnética parece que sí hay un desgarramiento, voy a poner esta aguja aquí, pueden ver donde estoy entrando con esa aguja, pueden ver donde la localización mía está aquí donde estoy poniendo la aguja voy a poder ver el menisco aquí, parece que el desgarramiento puede estar en la superficie de abajo. Bisturí por favor. Voy a hacer la segunda incisión en la piel aquí, voy a poner un clamp aquí, aquí pongo una cánula, puedo dilatar la zona, la dejo que el agua corra por la región, voy a dilatarla un poco para que yo pueda poner una cánula dentro de la rodilla. Aquí tenemos la cánula entrando, está en posición, puedo poner esto así. Podemos hacer un poco de irrigación, ver lo que está pasando. Con una sonda aquí voy a mirar más allá.

Doctor Holman, voy hacer una pregunta breve. Usted mencionó que el paciente que estaba jugando golf y sufrió esta lesión, ¿puede hablar cómo se puede evitar esto?

Para prevenir ese desgarramiento de menisco, como este señor aquí, una persona muy activa obviamente, alguien que probablemente va a volver al deporte después, estas son difíciles de prevenir porque pueden, pueden causar por cualquier torsión o lesión de la rodilla, así que...

¿Eso es algo que tiene que ver con el ejercicio, con la falta de ejercicio? ¿Eso es algo que un individuo pudiese hacer que redujese la probabilidad de que sufra este tipo de lesiones mientras hace actividades los fines de semana?

Como yo dije el ejercicio siempre es bueno, pero el desgarramiento de menisco es un desgarramiento que puede ocurrir de cualquier tipo de torsión o rotación de la rodilla, puede empujar el ligamento al mismo tiempo y eso puede causar desgarramiento pero aquí, aquí tenemos el cartílago que cubre el hueso, esa es la superficie del fémur y esa es la superficie de la tibia, pueden ver que llevo esto para adelante y para atrás, es como el fémur se mueve, esto puede, si uno tiene buen control del cuádriceps y no tiene demasiado peso y no está haciendo actividades que hace que se desgaste demasiado o como movimientos repetitivos de la rodilla, pero pueden ver aquí, lo que pueden ver aquí a medida que yo pongo mi sonda aquí en la parte de arriba del menisco, ven ese pliegue, ese es un pequeño desgarro del menisco, eso es inestable, está en la parte super, con suerte para él esto es algo que sí se puede reparar con un dispositivo de inserción que podemos, vamos a hacerlo en este momento, aquí tenemos la parte posterior de la desgarrac, del menisco, y eso parece normal en este caso, la parte de adelante del menisco luce bien también, aquí tenemos el cuerno anterior y este es el menisco medio, pueden ver aquí, aquí esta el desgarramiento, ya demasiado juego, ese es exactamente donde este paciente tiene dolor, ahora vamos a mirar el resto, suban la cámara.

Doctor Holman, el dolor del paciente, ¿eso es algo específico del desgarramiento de la pared del menisco?

Muy posible, que el dolor es por el desgarramiento del paciente, o en la cápsula, este es el borde exterior aquí del menisco, aquí tenemos el borde interno del menisco, aquí tenemos el área aquí, el borde externo aquí, donde entra el suministro sanguíneo, esta parte no tiene nervios y no, sin embargo aquí uno puede ver, que aquí es donde entra la sangre y pueden ver un poco de enrojecimiento aquí a medida que entra y entra aquí por el resto del menisco, donde en realidad no tiene buen suministro sanguíneo.

O sea que cuando la persona hacen este tipo de deportes y sienten el dolor que usted está hablando, ¿hay algo que les avisaría de que es el menisco específicamente, algo respecto al tipo de dolor?

Sí, pueden tener dolor cuando tuercen, se doblan la rodilla, eso puede causar que el menisco cause dolor, o una sensación de que pueda fallar, eso puede, el dolor, el dolor está ahí exactamente en esta

parte de la rodilla que yo he iluminado con la cámara, aquí es donde el paciente tiene dolor de la rodilla, también esto puede que el dolor ocurra en la parte exterior también de la pierna.

Dolor persistiría después de esta moción de torsión, no solamente ocurre cuando se produce el mismo tipo de movimiento.

Puede ocurrir con cualquier tipo de movimiento, cuando empieza a cicatrizar este desgarramiento, porque ellos tienen un suministro sanguíneo aquí comparado con aquello que está en la parte interior, que no se sana. Si la lesión ocurre y no se sana, cualquier torsión, cualquier movimiento puede causar el dolor de nuevo. Aquí, aquí tenemos el ligamento cruzado anterior, pueden verlo aquí, es un documento bien grueso, este es el ligamento cruzado anterior, y este es el ligamento cruzado posterior, y ambos están estables y en buenas condiciones, lo estuve mirando, estoy poniendo la sonda aquí, alrededor del ACL para que puedan ver lo que está normal, y uno que está conectado más atrás, eso están estables, no hay un desgarramiento del ligamento cruzado anterior, lo sabíamos del examen también, así que vamos a ir a la posición de figura 4. Vamos a poner la rodilla en una posición de flexión, y vamos a ir al menisco exterior.

Voy a hacer una pregunta sobre lo que dice nuestro personal en el video, hay algunos filamentos que puede ver uno a trasfondo y que muestran el cartílago del filamento.

Sí, ese es sinovio, la parte sinovial de la rodilla, eso ayuda a lubricar la rodilla, y no vamos a enseñar eso en, aquí tenemos la parte de afuera lateral, el menisco lateral de la rodilla, está bien estable, pueden ver aquí que hay un poquito de juego aquí.

Puedo ver la posición que tiene la rodilla aquí.

Esto es una buena superficie del cóndilo femoral, aquí tenemos la parte de la tibia poco blando, rebota un poco, como un trampolín, pero nosotros lo haremos esta parte.

Bien.

Ese tendón popliteo aquí tiene una estructura normal de la rodilla, que pueden ver en la articulación de la rodilla, aquí tenemos el menisco que tiene el desgarramiento, eso parece bien, hay un poco de juego aquí, el menisco lateral tiene un poco más de juego que el medio, pero parece estar conectado bien al hueso. Voy a ponerlo aquí con la sonda para que se pueda ver, no hay separación del menisco de la cápsula, eso parece estar estable ahí.

Bien, doctor Holman, según usted pasó explicando la anatomía que nos está mostrando, yo quiero hacer referencia a los pacientes que nos permitieron mostrar su cirugía hoy, son estos dos señores muy dedicados a las oportunidades educativas que podemos ofrecer a través de este webcast en vivo, esto es del Hospital Mercy, del quirófano del Hospital Mercy, y quiero dar el reconocimiento a la participación de estos pacientes que han dedicado a este esfuerzo para la educación que puedan proveer a los miembros de la comunidad, de lo que nos está mostrando, el primer caso de rodilla.

Correcto. Esto son oportunidad excelente para ver la parte interior de la rodilla, en este momento normalmente hay un pequeño desgarramiento del menisco, voy a enseñarle eso dentro de un segundo, cómo reparamos eso. Pero eso básicamente, lo que hacemos con la artroscopia diagnóstica, es para estar seguro que no hay nada más que tenemos que reparar.

Antes de pasar a la otra cirugía con el doctor Lavernia en unos minutos quiero preguntarle ¿cuándo es que usted identificó que quizás le hiciera falta artroscopia a este paciente?

Bueno, el paciente que viene con dolor en la rodilla, hacemos un examen muy completo, hacemos un scan en vivo para ver lo que está ocurriendo con la resonancia magnética. El scan de resonancia magnética lo que yo hago, toda persona que viene aquí se hace un examen de resonancia magnética donde tiene dolor, y en ese momento procedemos a hacer otros scan. Este tiene, hay un paciente joven,

tiene un pequeño desgarramiento que puede que no tenga lesiones de ligamiento, del ACL, de otros, hay que tener mucho cuidado porque este desgarramiento pequeño puede progresar, tiene dolor, puede progresar el dolor, ese es el tipo de desgarramiento que pueden aumentar de tamaño a través del tiempo, no queremos un paciente joven como este que tiene desgarramiento pequeño que se vuelva grande después. Y ese tipo de desgarramiento realmente puede causar que esta superficie de hueso se vuelva artrítica, y eso puede que sea un problema. Y esté al lado recibiendo un reemplazo de rodilla dentro de veinticinco años.

Y lo que dice usted es verdad, o sea que una intervención temprana podría evitar que esto empeorase.

Sí, exactamente. Hay decididamente donde no es necesario hacer la intervención con la cámara. Esto puede que se repa, se sane por sí solo, que no requieren procedimientos quirúrgicos. Hay que tener mucho cuidado, no todo el mundo es candidato para una cirugía.

Muchas gracias doctor Holman, ahora en unos minutos vamos a cambiar de quirófano, y volver al quirófano donde está el doctor Carlos Lavernia para hacer un reemplazo total de rodilla. ¿Cómo está doctor Lavernia? Hola doctor, ¿cómo está? En este quirófano va a ver la etapa final de lo que sucede con una rodilla que hace falta reemplazarla por completo, todos esos bellos cartílagos y ligamentos que vio en la otra rodilla aquí están destruidos, es un panorama diferente con una fase distinta, y hay muchas personas que hacen lo que llamamos las guerras de fin de semana, van al reemplazo total de rodilla por fin de semana, hacemos setecientas mil operaciones de estas al año y se proyecta que probablemente estemos haciendo de tres a cinco millones en cinco o seis años.

¿Eso es en todos el país, solamente en los Estados Unidos?

En los Estados Unidos, lo que ve aquí en la mesa de operaciones es el mismo proceso que el doctor Holman hizo en el otro quirófano, si podemos ver la pierna aquí, esto es un torni, un torniquete, un smart, lo que hacemos desangramos la pierna, sacamos toda la sangre de esta parte para poder ver exactamente lo que estamos haciendo, por eso es que estas cirugías de rodilla son lo que llamamos "operaciones en limpio" porque casi no se ve ninguna sangre, el reemplazo de rodilla es algo que hemos estado haciendo durante ya unos cuarenta y cinco años por todo el mundo, y en los últimos cinco años ha habido grandes avances en los procedimientos y las formas en que lo hacemos, si pueden ver la pierna aquí, podemos ver la forma en que se hacían en el pasado y las incisiones eran casi la mitad de la pierna, hoy día hacemos incisiones mucho más pequeñas gracias a mejoras en la instrumentación para poder operar, hacer la operación con una perforación más pequeña y realmente llegamos a la rodilla, la reemplazamos con una interferencia mínima a la vida del paciente. Lo que estamos haciendo ahora, estoy inyectando la piel, que es uno de los principales adelantos que ha habido que es para manejar el, controlar el dolor, a pesar de que este paciente tenga un anestésico vertebral, estamos, estamos, estoy anestesia, anesteti, anestesiando la piel, que trabajan diferentes elementos receptores de los sensores del paciente y permite que la operación y la recuperación sean más fáciles y más rápidas, y que el paciente sienta menos dolor.

En muy breve voy a exponer la rodilla y usted va a poder ver en un segundo algunas de esas estructuras que el doctor Holman estuvo enseñándolo a través de la cámara, usted va a poderlos ver directamente. Esta cirugía es mucho más invasiva que una artroscopía, pueden ver aquí que esto es una rótula y esto un cuádriceps. Lo que hacemos para poder entrar a la rodilla, para realmente poder reemplazar la estructura que hayan sido dañadas es cortamos la periferia del hueso e inyectamos ligamento directamente del área de inserción, sin cortarlo, y una vez que llegamos dentro de la rodilla, esta rodilla tiene mucho daño, a diferencia de la otra que vieron que tenía cartílagos brillosos y lisos, en este tipo de pacientes la rodilla está destruida, algunos ligamentos que el doctor Holman le enseñó en la otra operación están aquí presentes, pero los ligamentos saben, como usted sabe son como cuerdas que enlazan los huesos, y uno de los ligamentos más famosos en todo el cuerpo es el cruzado anterior, que pueden ver aquí, o sea, el problema de este paciente no es el resultado de un problema del ligamento cruzado anterior o una lesión, lo mismo que sucede en alguno de los pacientes, porque el ligamento está ahí, está intacto, o sea en este caso el problema fue diferente, voy a esforzar la pierna para poderle mostrar un poco mejor el líquido que usted ve es como el aceite o el lubricante que Dios pone en la

rodilla para que la rodilla puedan funcionar, las rodillas son, a veces están soportando diez veces el peso corporal, y cuando una persona activa, este paciente específico era, fue una persona activa toda su vida, probablemente él le ha aplicado a la rodilla alrededor de cinco a seis millones de ciclos anuales, o sea que ahora ve un poco de sangre, que no es algo extraño en estas operaciones, y aunque está bajo torniquete hay algunas vénulas que vamos a cauterizarnos, a cauterizar según avanzamos.

Doctor Lavernia, una pregunta muy rápida acerca del dolor: ¿qué tipo de síntomas tenía el paciente?

El paciente tenía problemas serios durante su (inaudible) sus actividades de la vida cotidiana, incluso cuando caminaba ya era algo que ya le costaba mucho hacer, y verdaderamente llega, se llega al punto en que el paciente es casi incapaz de poder hacer las actividades normales de aseo porque le duele tanto.

Entonces el paciente, ¿tenía dolor constante, o dolor cuando caminaba, cuando se ponía de pie?

Este paciente en particular tenía dolor al caminar solamente, en algunos casos el dolor y las molestias son tan graves que ni siquiera pueden dormir debido a ese dolor. Bien, si vemos, miramos aquí podemos ver un hermoso ejemplo del proceso de la artritis, este conglomerado de la parte interna del fémur, este es el fémur aquí, lo que estoy señalando, y se ve brillante, como si fuese una bola de billar, porque ha perdido todo el acojinamiento, o sea todo esta área está completamente desgastada, o sea no queda nada salvo hueso, donde tengo la hoja del bisturí, en otra parte ahí queda un poquito del cartílago, pueden verlo aquí, que es el acojinamiento normal que tenemos entre el hueso y les permite que un hueso se mueva contra el otro sin lesionar, ahora estoy quitando el ligamento cruzado anterior porque en la reconstrucción de la rodilla lo quitamos, no lo conservamos al posterior, cruzado posterior, porque es otra cuerda, como le decimos así, que vive en el interior de la rodilla y sujeta a los huesos en su lugar, el diseño de la rodi, al reemplazarse, (inaudible) la cinemática o la mecánica del funcionamiento de la rodilla con el ligamento cruzado para poder hacer los cortes debidos, ahora estoy haciendo una perforación en la parte interior del, del fémur y mi ayudante está quitando la, el tejido graso del hueso, para poder ver, uno de los problemas que tenemos a veces los, el embolismo...

Doctor Lavernia, obviamente el público va a estar diciendo, viendo la mecánica del reemplazo de rodilla y obviamente alguno de estos es algo dramático para alguien que no ha visto este tipo de cirugía antes. La preocupación que muchos tienen, qué tipo de dolor voy a tener inmediatamente postoperatorio y en que tiempo se va a resolver ese dolor. ¿Puede hablar usted de la gestión del dolor?

Detrás de aquí de la cortina tenemos al doctor Rudy que es nuestro experto en manejo del dolor y, antes de que nosotros comenzásemos esta cirugía le ha dado al paciente lo que llamamos un bloqueo femoral, y el bloqueo femoral es básicamente una perforación en el área de la ingle para tener al paciente sedado, y le da un poco de lidocaína que es lo mismo que usan los dentistas para anestesiarse las piezas bucales cuando trabajan ellos, o se hace que el transcurso postoperatorio sea muy muy cómodo, este procedimiento específico era tan doloroso que los pacientes lo evitaban durante años porque le tenían tanto temor al dolor, después en la actualidad tenemos estas técnicas que nos permiten mantener al paciente rápidamente cómodo.

Doctor Lavernia, ¿puede usted explicar por favor qué es lo que usted está haciendo con la sierra en este momento?

Lo siento, ¿puede repetir la pregunta?

Le estoy preguntando, estamos oyendo el ruido de la sierra, explique por favor qué es lo que usted está haciendo con la sierra.

Sí, por supuesto, estoy cortando la parte enferma del hueso, del tejido óseo. Esas superficies artríticas que le mostré anteriormente han sido extraídas, y ahora estoy preparando esto, estoy tallando esto para la parte metálica del componente femoral, o sea un goniómetro, un dispositivo para medir angularidades y para chequear que he hecho el corte angular debido, la presión de este tipo de cirugía tiene que ser

monitoreado, vigilada todo el procedimiento lo más importante para poder darle a este paciente una rodilla indolora que le dure funcionando muchos años.

Doctor Lavernia, nosotros vamos a pasar ahora a la artroscopia con el doctor Holman. Absolutamente.

Por supuesto.

Tratemos ahora de pasar ahora al otro quirófano. Doctor Holman lo tengo a usted aquí, ¿sí? Muy bien. Aquí estamos de vuelta en la rodilla, estamos mirando, estamos listos a poner una sutura en el menisco. Ahora, con este dispositivo yo puedo poner dentro del área del menisco donde yo quiero y puedo poner un hilo aquí con técnica artroscópica, sin tener que abrir la rodilla. El primer, esto no es, en otros casos no es complicado, todo depende del tipo de desgarramiento, cuán grande es, así que yo voy a, una pinza por favor, yo voy a poner este, este sutura de reparación del menisco aquí, yo voy a ponerla aquí en este lado, ahora estoy, va a estabilizar este desgarramiento aquí. Puede ver el hilo que sale aquí, voy a empujar el menisco, y también el dispositivo que vamos a utilizar para cortar también, pueden ver aquí cómo luce aquí dentro.

Doctor Holman, ¿cuál es la función de la sutura según pasa por aquí dentro del menisco?

La función de la sutura es lo que eso hace, eso va, va a ir a través del desgarramiento del menisco. Hay un desgarramiento aquí que vamos a tratar de reparar, con una reparación, con una sutura. Pueden ver aquí, pueden ver dentro a medida que yo empujo va a unir el menisco, ahí está, y voy a cortar ese hilo, esa sutura ahí, ahí luce muy bien.

Bien. Según usted hace eso, ¿esto aumenta la estabilidad del menisco?

Eso va a aumentar la estabilidad del menisco, sí. Y espero que permite que sane con el suministro sanguíneo. Es un, ese está en el borde de la cápsula, el menisco, así que eso es decididamente un desgarramiento, que yo creo voy a repararlo quirúrgicamente, y no quitar. Debido a su edad yo creo que estamos haciendo lo correcto, es una persona de veinticuatro años, activa, que sacar el menisco quizás le causaría cambios artríticos en la rodilla. Radiográficamente, yo quito ese pedazo de menisco para repararlo, yo se que a través del tiempo ese paciente va a tener cambios degenerativos, cambios artríticos en esa rodilla. Y si ese, ahora si ese paciente tiene dolor de la artritis entonces eso es distinto, pero la, el propósito es salvar el menisco y no tener progresión.

Entonces el tipo de intervención que estamos viendo aquí, ¿qué tipo de tasa de éxito tenemos en lo que es prevención de la artro, del deterioro?

Bueno es, si uno mira a la reparación de meniscos en general, los datos indican que podemos prevenir la artritis, especialmente con reparaciones quirúrgicas de este tipo. Esto causa que el menisco sane del 60 al 80 por ciento de los casos en dependencia del tiempo que haya tenido desgarramiento, yo creo que en este paciente vamos a hacer la reparación y va a tener un resolución exitosa, si no...

¿Cuál es la mejora que se espera en lo que respecta al dolor que siente el paciente? (inaudible)

Bueno, él va a tener, él va a tener una mejora del dolor con este tipo de reparación si el menisco sana correctamente.

¿Qué margen de tiempo parece que él podría volver a sus actividades?

Bueno yo diría que puede volver a sus actividades regulares, yo diría que en cuatro meses hasta que pueda volver a correr, en el caso de reparación de menisco.

¿Cuán brevemente después de la herida podrá el paciente ponerse de pie y supuestamente caminar?

Él va a poder mantener el peso sobre la pierna mínimamente después de este procedimiento como a las cuatro a seis semanas, depende de cuán grande sea la reparación, y podemos progresar y ponerle más y más peso sobre esa articulación y le permitimos movimiento pero realmente solo con, con el de la terapeuta, el movimiento es bueno, eso causaría más problemas en el futuro, si lo, hace movimiento.

Permítame hacerle, darle una bienvenida a los que se suman a nosotros ahora, estamos en vivo del quirófano del Hospital Mercy, yo soy el doctor Manuel Antón, director médico del Hospital Mercy, estamos haciendo cirugía, una es artroscopía de la rodilla que la está realizando el doctor Peter Holman y la otra es un reemplazo total de rodilla hecho por el doctor Carlos Lavernia, estamos yendo de un quirófano a otro, hablando un poco del tipo de lesiones de rodillas que estos guerreros de fin de semana pueden tener, y las operaciones que podrían necesitar para mejorar, tanto su sintomatología como el resultado a largo plazo para tratar de mejorar las condiciones de su artritis. Pasamos un tiempo con el doctor Holman, presenciando la artroscopía de la rodilla, y ahora vamos a regresar al quirófano con el doctor Carlos Lavernia para chequear el estatus del reemplazo total de rodilla. Doctor Lavernia, ¿podría decirnos en qué etapa está del reemplazo? Sí, por supuesto, si ven aquí, ya he tallado uno de los dos huesos, este es el fémur y ya lo he tallado, lo he preparado para recibir el implante, estamos preparando un implante de prueba que usamos para poder ver qué talla es la que tenemos, así es como se ven los reales, son muy parecidos, tenemos aproximadamente once tallas para probar, para seleccionar la que queramos, y pueden ver lo bien que estoy, me encanta el resultado final aquí, ahora estoy tallando el otro hueso, la tibia, que tiene una artroscopía, este es el menisco aquí, tienen dos pacientes con artritis de este tipo, en esta cara de aquí no queda cartílago, parece como una bola de billar, tanto como la parte femoral, está muy dañada. Ahora voy a cortar este hueso, y voy a remover, extraer el menisco para ver en el corte el tamaño debido y vamos a perforar este menisco lateral o el menisco que queda al costado de ese hueso para poder realmente medir lo que le llamamos la recesión ósea, la cantidad de hueso que tengo que quitar para poder poner a este paciente una rodilla artificial.

Doctor Lavernia, el problema que tenemos en estos casos para aquellos que tienen artritis en la rodilla es dolor obviamente, obvio, y eso hay muchas personas hace que vayan a ver a sus ortopedicos, dolor es la condición que usted está hablando aquí, ¿eso es por roce de hueso con hueso, el hecho de que han perdido cartílago y de hecho tienen hueso sobre hueso cuando caminan?

Es correcto. Es el equivalente de poner arena dentro de su trusa en la playa y correr con eso, con ese traje puesto es una superficie áspera, el contacto de una superficie áspera es extremadamente doloroso, incapacitante, y no le permite hacer muchas actividades sin tener mucho sufrimiento. Una de las cosas que las personas siempre quieren saber después de estas operaciones ¿puedo ser un guerrero de fin de semana? Bueno, la respuesta es sí, en lo absoluto. Si usted se cuida este reemplazo de rodilla y hace las actividades deportivas debidas realmente lo que hace es alargar la vida de estos reemplazos de rodilla al hacer ejercicios, pero los ejercicios que deben hacer son ejercicios de bajo impacto, por ejemplo, no puede hacer trotar con ellos ni jugar tenis. Realmente puede montar en bicicleta, puede jugar golf o puede nadar. Bueno básicamente puede volver a muchas de las actividades que hacían estas personas antes de la cirugía. Hay algunas que no pueden hacer y tienen que renunciar a ellas, y estas incluyen el trotar, el tipo de deportes de impacto como el fútbol, o racketball, no son cosas que son muy buenas para este tipo, estas rodillas reemplazadas, ahora voy a cortar la tibia, que es el último paso que voy a hacer aquí.

A medida que vemos, el doctor Lavernia cortó la tibia, le recuerdo a todos que estamos en vivo en el quirófano del Hospital Mercy, y están mirando ustedes el webcast en su computadora, pueden ver exactamente que hay una manera de comunicarse con nosotros y cualquier pregunta que tengan será bienvenida, trataremos de contestar sus preguntas a medida que pasamos por la cirugía. A medida que vemos esto les voy a preguntar que por favor miremos algunas de las diapositivas que tenemos aquí en relación con la rodilla y la estructura de la rodilla para que podamos hacer par preguntas a nuestros doctores aquí en relación a la anatomía. Pueden ver aquí el principio, tenemos los músculos en la parte superior de la pierna, que están conectadas a la rótula, próxima, aquí podemos ver algo, las áreas donde el doctor Lavernia está trat, hablando anteriormente, el cóndilo femoral medio es la parte donde él trabajó aquí previamente, vamos a ir a la próxima, aquí tenemos los cartílagos articulares, son los cojines que el doctor Lavernia hacía referencia, esos son como unos cojines que tratamos de proteger en estos

pacientes, que han sido desgastados en este paciente. Próxima. Aquí pueden ver los meniscos, que son las estructuras donde que se daña, en el caso del doctor Holman, con eso vamos a pasar ahora de nuevo al doctor Holman para ver qué tal le va con la cirugía. Doctor Holman.

Doctor Holman, estamos de vuelta con usted.

Estamos de vuelta aquí. Voy a ver la reparación aquí. Aquí voy a ver el ligamento cruzado anterior, esta es la parte de afuera de la rodilla aquí, donde el cóndilo femoral, la parte lateral de la rodilla, vamos a ver, mirar el menisco, pusimos una sutura ahí que va a aguantar muy bien, es apropiado, y voy a enseñarles el aspecto que tiene tan pronto ponga esa sonda aquí pueden ver aquí, este es todo ha sido reparado, voy a jalar del, voy jalando duro el menisco y esto no va para ninguna parte así que yo creo que ha sido fijado apropiadamente. Eso parece todo bien y me gusta el aspecto que tiene, no hay, no estoy encontrando ningún tipo de depresión aquí donde hay otro desgarramiento, de nuevo pueden ver aquí, aquí es donde va la cápsula del menisco y si hubiéramos un torniquete aquí podrían ver la sangre que está entrando aquí, o los vasos sanguíneos que están entrando aquí. Es importante saber que no todo el menisco, todos los desgarramientos pueden ser reparados, hay cierta partes, ciertos patrones cicatrizan mejor y eso va a cicatrizar bien con este tipo de cirugía, lo único que yo quiero a hacer aquí, lo que yo quiero hacer aquí, voy a hacer, hay una, quiero ver que este hueso se sane, que la sangre de la microfractura de hecho entre aquí a la articulación de la rodilla de tal manera que entra mayor flujo sanguíneo y se forma un coágulo pequeño en esa región, le voy a enseñar eso dentro de unos segundos, vamos a hacerlo y continuaremos con el proceso.

Muy bien, ya estamos listos. Doctor Holman, según nos alejamos, hay un par de preguntas que quisiera hacerle, preguntas de nuestros televidentes, y la primera que tengo de los que nos están viendo, ¿cómo una persona sabría si le va a hacer falta artroscopia de la rodilla, o un reemplazo de toda la rodilla, es algo que el paciente podría entender, que podría entender cuál es la que le haría falta?

Sí, si usted es candidato para el reemplazo o artroscopia. Buena pregunta. Es una pregunta que se debate muy a menudo, aun hoy en día entre los cirujanos, si poner una cámara dentro de una articulación que tiene artritis es lo correcto. Si uno tiene artritis, pero tiene un desgarramiento del menisco, y realmente el desgarramiento del menisco es algo que realmente es lo que está causando la mayoría del dolor, es posible que sea candidato para operación artroscópica, uno pone la cámara y cura el desgarramiento, no va a hacer que la artritis desaparezca, eso es lo importante saber con este tipo de procedimiento, esto no es como salvar la rodilla en cuanto artritis, hombro o cualquier articulación, pero sí es bueno si tiene un desgarramiento o un pedazo de cartílago roto en la rodilla, eso es una buena indicación.

También sería correcto decir entonces que la artritis (inaudible) al reemplazo de rodilla que en otro tipo de lesiones o tejidos blandos, la rodilla, artroscopia puede ser la vía correcta.

Correcto. Su doctor le va a poder decir eso con seguridad. Digo, si usted es un buen candidato para artroscopia o es buen candidato para reemplazo de rodilla. De nuevo, en la mayor parte de los casos, cuando es hueso con hueso como tiene el doctor Lavernia, la articulación está totalmente colapsada, el cartílago está desgastado, eso es una buena indicación para reemplazo de rodilla, los buenos procedimientos que se hacen en ortopedia y realmente le da a los pacientes buen alivio en cuanto al dolor. La artroscopia en estos casos no es su mejor respuesta y no va a darle alivio a los pacientes. Sin embargo, sí hay ciertas indicaciones donde puede ser posible.

Doctor Holman, otra pregunta que tenemos de nuestros televidentes es si la mayor parte de las personas que terminan pidiendo un reemplazo total de rodilla tendrían que hacer una artroscopia anterior a ella.

No. Depende. Ese no es el caso. Los pacientes que vienen aquí, que se hacen reemplazo de rodilla generalmente no le han hecho una cirugía previa, aunque algunos sí. Si uno ha tenido una menisco, si yo hubiera sacado el menisco a este paciente quizás dentro de diez años este paciente tendría necesidad entonces, dentro de veinticinco años de hacer un reemplazo total de rodilla.

O sea que podemos (inaudible) a los pacientes a los que se va a hacer un reemplazo total de rodilla hoy en los Estados Unidos, no se han hecho una artroscopia pero algunos sí, (inaudible).

Exactamente, algunos de esos hayan tenido una lesión de la rodilla o algún tipo, otros problemas pero no creo que la mayoría de estos pacientes han tenido un procedimiento artroscópico antes de que se le haga el reemplazo total.

Doctor Holman, voy a pasar al doctor Lavernia, doctor Lavernia tenemos un par de preguntas que hacerle.

Puedes decirnos cuál es la tasa de reparación en estos pacientes, yo se que hay una variación entre los pacientes pero el público está preguntando qué tipo de tiempo de recuperación tenemos para estas operaciones.

Yo trato de decirles a mis pacientes que tienen que contar entre ocho a doce semanas después de la cirugía. Después de decir esto, yo he operado con algunos médicos que han regresado al quirófano en dos semanas, eso no es lo que recomiendo, yo les recomiendo que por lo menos descansen de tres a cinco semanas antes de volver a tener ninguna, a estar de pie o actividad durante mucho tiempo, y que use mucho la rodilla, pero la mayor parte de tus pacientes caminan al día siguiente o al día, o al otro día gracias a nuestro maestro aquí, el doctor Holman, que tiene bloqueo, que hace un trabajo magnífico con los bloqueos, hemos trabajado juntos por lo menos trescientos días al año. Yo estoy tratando de ver qué talla usar en esta parte, estoy usando la talla seis, es muy pequeña, esta es la parte tibial, hay aproximadamente diez tamaños diferentes que podemos usar, o sea, muchas de las medidas que tomamos antes de la cirugía no son tan buenas como las mediciones que tomamos durante la cirugía, por eso es que es tan importante que el cirujano tenga todo un juego de implantes durante el procedimiento quirúrgico, y esta es una de las buenas cosas que tenemos aquí en el Hospital Mercy. Vamos a usar un seis. Tenemos un tremendo inventario de piezas en el caso que nos hicieran falta, pongo uno de los pasadores. Lo que están observando aquí es la última etapa de la preparación o tallado de este reemplazo de rodilla en que estamos preparando el hueso tibial para recibir este componente tibial que le va a permitir al paciente poder caminar usando esta rodilla. Todos los reemplazos de rodilla se hacen con cemento óseo que es un elemento aglutinante que se usa para evitar que la rodilla se mueva en las etapas tempranas del proceso de recuperación y le permita al paciente aplicar todo el peso a estas articulaciones según espero, la pieza aquí, estoy rebajando algún parte del exceso óseo, los osteofitos que se forman durante la artritis. La pregunta que me hacen comúnmente mis pacientes, ¿el correr causa artritis? La respuesta es no. Si están corriendo en superficie debida y realmente usa los zapatos, el calzado adecuado, evitan la artritis cuando uno corre. Y tenemos estudios de bastante largo, de muchas ciudades por todos los Estados Unidos y en Europa que muestran muy claramente que cuando uno corre sobre las superficies debidas y no tiene ningún problema anatómico va a hacer, realmente está protegiendo su articulación contra la artritis. Sin embargo, si digamos, tiene, está pasado cuarenta o cincuenta libras de peso y corre con mal calzado en una superficie mala, sí va a tener artritis mucho más rápido que si no hubiera corrido. La sierra por favor. Tenemos ya la mezcla. Bien aquí en la otra mesa tenemos a Stephany Rivera que es una de nuestros asistentes, que es médico, preparando el cemento óseo, como hablé anteriormente, es un elemento aglutinante que hemos estado usando en ortopedia durante cincuenta años, ya tenemos bastante historial. La otra pregunta muy común que me hacen los pacientes es ¿durante cuánto tiempo dura esto? La respuesta es algo complicada y en resumen, si usted cuida su reemplazo de la rodilla que le hicieron (inaudible), por un cirujano de rodilla especializado usando buenos implantes le debe durar unos buenos treinta años puede jugar golf, puede montar bicicleta, puede nadar, pero no puede trotar con eso, no puede jugar tenis con eso, o lo puede destruir antes de esa fecha, las personas que lo cuiden deben tener entre veinticinco a treinta y cinco años de buena vida.

Doctor Lavernia, hay una pregunta aquí de uno de nuestros televidentes acerca del éxito de esa operación, con relación a mujeres, comparado con hombres, si hay algunos factores que afectan cómo las mujeres hacen recuperación de este tipo de cirugía.

Esa es una magnífica pregunta, una de mis investi, de las investigaciones que hemos hecho, hemos presentado datos en reuniones de ortopédica principal para demostrar que las mujeres no les va tan bien como a los hombres en los primeros tres años después de la cirugía de la rodilla, y la situación es que esperan mucho tiempo antes de hacerse la cirugía, y por qué eso, cuáles son las razones de eso no lo sabemos, pero por cada hombre que se le reemplaza la rodilla, tres mujeres, o sea hay una tremenda epidemia, si quisiéramos llamarlo así, de artritis de rodilla en la población femenina.

Doctor Lavernia, o sea que lo que está diciendo es que hay muchos más reemplazos de rodilla que se hacen en mujeres porque están esperando más tiempo para hacerse la cirugía y eso complica la situación.

En cinco años la diferencia parece desaparecer, después que pasan cinco años de la operación. Cinco años después de la cirugía esa diferencia parece desaparecer, los hombres y las mujeres se desenvuelven igual. No tenemos datos tan completos al respecto pero parece que sí, es lo mismo para afroamericanos como pacientes latinos, o sea, hemos descubierto que la, una disparidad de género tanto como (inaudible), en estos momentos lo que estamos haciendo investigaciones para saber porqué exactamente sucede. Lo más importante, cómo lo evitamos o lo prevenimos para igualar resultados entre hombres y mujeres. El implante que están viendo ha sido diseñado específicamente con la, teniendo presente la anatomía de la medida de los pacientes hemos creado una parte hembra de este implante, es el principal sistema de reemplazo de rodilla que ha sido diseñado en este país, se llama un sistema de reemplazo de rodilla o sea con sexo, género separado, (inaudible)

Doctor Lavernia, permítame preguntarle, hablando de los factores que afectan la recuperación, uno de los factores que usted mencionó en la recuperación es qué tiempo esperan para tener la cirugía cuando tienen síntomas. ¿Hay algún otro factor que afecte la recuperación de los pacientes?

Lo más evidente es la condición médica del paciente antes de la cirugía. Si tiene una persona muy, muy atlética como esta paciente que tenemos aquí, que pasó toda la vida haciendo ejercicio, van a recuperarse mucho más rápido que si tuviese un paciente que ha sido sedentario toda su vida, que sea diabético, que tenga condiciones médicas, que nosotros llamamos condiciones comórbidas, que se suma o complica las demoras y el porcentaje de problemas que pueden ocurrir con este tipo de cirugía. Lo que estoy haciendo es poniendo el agente aglutinante para preparar la superficie para poner el implante, pero este agente aglutinante o cementante, es un poliacrilato, es una sustancia que tenemos tremenda experiencia, y algunos de los reemplazos de rodilla duran, que se hicieron hace veinticinco años todavía funcionan, los veo en mi consultorio, y lo más importante, quiero recordarle a los que están viéndonos que cada vez que un programa educativo, es si usted tiene un reemplazo de rodilla instalado tiene que ser visto una vez al año por su cirujano ortopédico porque puede haber problemas que ocurren, y problemas que pueden resolverse con menos cirugías si se detectan tempranamente que si sencillamente espera, algunas personas pueden decir si no tengo dolor, estoy bien, no me hace falta ir a verme con ningún médico, esa no es la realidad, cuando tienen una cadera o rodilla artificial tienen que ver a su doctor preferamente por todos los años, o después de diez o quince años de no tener problemas, realmente puede haberlos cada tres a cinco años. Este es el implante en sí, está hecho de alum, titanio, aluminio y vanadio, es una súper aleación, en los veinte años que llevo ejerciendo no he visto uno de estos romperse aún, o sea que la tecnología resiste la fuerza de estos implantes se, es increíble. Tenemos pacientes que usan estas rodillas artificiales de cinco a diez millones de veces al año y como he dicho, mientras no le de carga de impacto, o sea, no resista impacto, pueden durar entre veinticinco y treinta años.

Doctor Lavernia, nos están preguntando acerca de la, si hay problemas con la rodilla después de la operación, qué tiempo demora es de, si hay problemas con ese...

En un cierto porcentaje de los pacientes la rigidez puede ser algo muy mala, es una de las complicaciones que podría esperarse después del reemplazo de la rodilla, se llama artrofibrosis, donde la rodilla sí se congela, se traba y no puede doblarla, pero la rigidez generalizada dura entre tres meses a seis meses, pero al decir rigidez, lo que quiero decir por rigidez es la sensación de que la rodilla no es total y completamente flexible, pero la rodilla se desdobra inmediatamente, al día siguiente en la sala de

recuperación están doblando la rodilla 75 a 80 grados, en la próxima semana en el hospital estos pacientes ya por su propia cuenta, por sí solos la doblan a 85 a 100 grados, y pueden caminar con un andador.

Parece que el movimiento y la habilidad de flexionar la rodilla ocurre rápidamente después de la cirugía, pero la sensación de que quizás haya rigidez puede durar un tiempo, ¿es eso correcto?

Es correcto.

Tenemos una pregunta, que quisiera ponerlo al doctor Holman si podemos volver al otro quirófano, que está haciendo una artroscopia de la rodilla, nosotros estamos haciendo la artroscopia, nuestro paciente tiene un desgarramiento, un quiste que está al lado del menisco es, no es un hallazgo común, es un quiste que fue creado por la desgarramiento en sí, por algún razón hay algún fluido aquí, como resultado del desgarramiento y está dentro de la cápsula de la rodilla y puede que sea doloroso como el desgarramiento en sí, así que yo voy a quitar ese quiste y voy a eliminarlo, para que no tenga dolor continuado por ningún tipo de quiste.

Una pregunta que nos ha hecho uno de los televidentes es el tipo de dolor de rodilla del que hemos estado hablando que ha tenido alguno de tus pacientes, cualquiera de ambos, el que le estás haciendo artroscopía o el que le estás haciendo reemplazo total, si eso podría tener algún efecto sobre las caderas o la espaldas, o molestias o problemas anatómicos de la cadera o la espalda.

Esa es una buena pregunta realmente, me preguntan eso a menudo, primero hay dolor en la rodilla y uno camina con un andador o uno tiene que caminar con, cojeando, eso puede causar más estrés en la espalda y en la cadera, si uno tiene un problema con la rodilla y eso causa artritis en la espalda, después de muchos años puede tener artritis en la espalda también y eso puede causar problemas posteriores, todo está relacionado, así que si la rodilla está conectada a la cadera y si uno tiene un problema en la espalda inferior, eso puede causar problemas en la cadera, en la rodilla en el futuro, así que eso es absolutamente verdad.

Hablemos del dolor, algunos de los pacientes, particularmente aquellos que han llegado al punto en que le hace falta un reemplazo total de rodilla también tienen problemas de alineación de la pierna, ¿esos problemas de alineación también contribuye a los dolores de cadera y de espalda?

Absolutamente sí. Problemas de alineamiento a través del alineamiento de la articulación de la rodilla, esa puede causar muchos problemas en la articulación si la rodilla se está torcida o algo, eso puede causar mayor estrés en una parte específica de la articulación, es igual que la llanta de un automóvil, si está, no está balanceada puede recibir desgaste, y si uno hace su rotación completa, pero en la rodilla no se puede hacer rotación, así que lo que se puede hacer aquí en estos casos es solucionar los problemas de alineamiento. Muchos pacientes pueden tener un realineamiento, donde cortamos el hueso. Doctor, cómo le va al doctor Lavernia, para nosotros reemplazamos, no reemplazamos la articulación, nosotros realineamos el hueso en un otro alineamiento distinto, es como cambiar el alineamiento de las llantas en un automóvil, eso se llama procedimiento de osteotomía.

Una pregunta en el mismo sentido, uno de nuestros televidentes ha indicado que le hiciéramos cirugía artroscópica una serie de veces y está preguntando, hay un momento en que ya se hace recomendado hacerse un reemplazo en lugar de hacer una artroscopía (inaudible)

Bueno, esa es una buena pregunta, solo el cirujano le podrá decir exactamente cuál puede ser el problema, si es problema causado por artritis y ha recibido un par de ACL quizás usted sea candidato, pero si es una persona joven, en los veinte o treinta años de edad, y ha tenido un par de artroscopias, cerciórese que lo que se hizo antes fue el procedimiento correcto, que el ACL está desgarrado, el menisco está desgarrado, todo eso, cerciórese que lo hemos solucionado correctamente antes de hacer un reemplazo de rodilla, pero sigues teniendo, si hay artritis, ese es absolutamente, es un buen candidato que puede, el doctor Lavernia le puede decir al paciente que la hecho, la edad de los

pacientes puede ser desde los quince años hasta los noventa años de edad, pero que de uno de cien es el paciente mayor, todo el mundo es candidato si tiene la indicación correcta.

Puntualmente, para cambiar de nuevo doctor Lavernia, un momento con esta otra pregunta, doctor Lavernia, uno de nuestros televidentes indicó como un miembro de su familia está a principio de los noventa, relativamente activo, tuvo un paro cardíaco hace algunos años, ¿alguna persona que tenga noventaipocos, que todavía es bastante activo, es candidato para un reemplazo total de rodilla? Por supuesto, si el médico, el pulmonólogo, el cardiólogo, yo no he hecho, no me preocupa tanto el almanaque sino la fisiología del paciente, yo he tenido pacientes de noventa y cinco años porque no pueden jugar dieciocho hoyos de golf unas tres veces a la semana, y los he hecho exitosamente y han vuelto a su vida. El grupo de crecimiento de (inaudible) es de cien años en adelante, o sea si la fisiología del paciente es saludable, o sea que si pueden tolerar el procedimiento, la rehabilitación, yo definitivamente operaría a una persona con esa edad si le hiciese falta. Según envejece, el nivel de actividad decrece, en la mayor parte de los casos, y la gente son muy tolerantes para no poder hacer cosas que hacían en el pasado, pero en otros casos tienen vidas menos activas y están llenos de energía por dentro, quieren seguir viviendo así, y el tener la capacidad de poder hacer ejercicio les da una vida de calidad más alta, y más duradera, yo creo que lo más importante, lo que más me detengo, es la persona de cincuenta años que tenga problemas cardíacos, cardiopatías, o sea, el corazón está muy dilatado y no funciona tan bien, temo más a un paciente de esos que a alguien de noventa años que sea, que tenga una vida activa, que quiera volver a jugar golf o montar bicicleta.

Doctor Lavernia, otra pregunta para usted relacionada con el abordaje mínimamente invasivo, ¿es esto algo que se usa en reemplazo parcial de la rodilla en vez de reemplazo total? ¿Puede decir la diferencia entre los dos?

Sí, el reemplazo parcial de rodilla es un procedimiento que solamente implica hacer una sola parte de la articulación, hoy día vieron una paciente que tenía la lesión en los tres aspectos, la rodilla como vio en estas diapositivas anatómicas, tenía la parte interior, la parte exterior y lo que era la rótula, si uno de esos compartimientos está dañado y el resto están en buenas condiciones, puede considerar solamente hacer un reemplazo parcial de la rodilla. Después de haber dicho esto, en un año de ejercicio solamente he visto cinco o seis pacientes que son candidatos para reemplazo parcial, la mayor parte de los pacientes tienen daños significativos en las tres partes de la rodilla, y la recuperación es tanto o más rápida hoy día con los protocolos de manejo de dolor y estas menores incisiones que es casi indistinguible en lo que es el tiempo total que toma a un paciente para volver a rehacer su vida, ya sea si tenga un reemplazo parcial o total de la rodilla, pueden ver, bajen la cámara superior, la forma en que hicimos la incisión anteriormente, donde tengo los dedos, podemos hacer una ampliación, podemos alejar un poco la rodilla para que los televidentes puedan ver la diferencia, la manera en que lo hacíamos era entre lo que, los dos dedos que tengo, y hoy día lo hacemos desde aquí hasta aquí. O sea, el daño es mucho menos, como pudieron ver durante el procedimiento, todos los instrumentos que usé que han sido rediseñados con (inaudible) para permitirme realmente poner las cosas en el alineamiento, en la alineación correcta para hacer una incisión mucho menor. En el pasado no había manera en que pudiésemos hacer esto con la precisión y exactitud que podemos hacerlo hoy día. Sin embargo, al decir esto, todo el concepto de cirugía mínimamente invasiva de rodilla o reemplazo es algo en lo que yo no creo completamente porque hay que poder ver lo que uno está haciendo, tanto como ustedes vieron hoy. La revolución SIM que comenzó en el 2002, 2003, realmente todo el mundo hacía incisiones muy pequeñas y hacían estos reemplazos, para ver correctamente lo que hacían, la operación en muchas rodillas, la sensación, ya la rodilla volvió, o sea volvimos a hacer, no a las incisiones que enseñé anteriormente, pero sino incisiones menores, son incisiones menores para el reemplazo total de rodilla que es lo que acaban de presenciar hoy, ya terminé con la cirugía, voy a mostrarles la rodilla moviéndose hacia arriba y hacia abajo, esto es un reemplazo total de rodilla y pueden ver cómo esta rodilla se dobla y se extiende, tuvimos que quitar el exceso de cementación, de componente femoral.

El componente femoral está hecho de cromo, de cobalto, molibdeno, es algo que se utiliza en la ortopedia, que se está usando ya hace unos treinta y cinco, cuarenta años, esto es un material que estamos usando en la cirugía de la rodilla, tiene un tremendo historial ya demostrado, mucha gente me pregunta, ¿cuál es la probabilidad de que yo rechace este reemplazo de rodilla? La respuesta es casi

ninguna, a menos que usted tenga alergias a los metales, y algunos pacientes lo sienten, hay pacientes que le hacía falta un reemplazo de cadera, que era alérgica a los metales, y las personas que son alérgicas a los metales lo saben, porque básicamente cuando usan prendas tienen erupciones de esas prendas, de los espejuelos, o sea es una cosa muy extraña. Probablemente yo haga cuatrocientas, quinientas operaciones al año y le puedo decir que veo quizás dos personas con, alérgicas al metal. O sea, es una cosa muy rara, el rechazo a los implantes es algo que prácticamente (inaudible)

Muy bien, doctor Lavernia, doctor Holman y a los videntes les recuerdo que nos quedan dos o tres minutos para concluir esta programa desde el Mercy en Miami, desde el quirófano con el doctor Peter Holman y el doctor Carlos Lavernia. Nosotros hemos estado viendo en vivo una artroscopia de rodilla por el doctor Holman y un reemplazo total de rodilla del doctor Lavernia y contestando las preguntas de nuestros videntes. Doctor Holman, le pasamos a usted por un momento, a medida que llegamos a concluir, ¿puede decirnos cómo va a concluir su cirugía? Muy bien, estamos aquí de vuelta, quiero enseñarles rápidamente la incisión que hay en esta rodilla, no se si la pueden ver, una incisión está aquí, la otra está aquí, y la tercera incisión que yo hice aquí para quitar el quiste está aquí, así que pueden ver el tamaño de las incisiones, son muy pequeñas pero, aproximadamente de tres milímetros en esa dirección, quizás cuatro milímetros aquí y quizás un centímetro en el costado donde estaba el quiste, él tenía un quiste grande así que generalmente no hago incisiones, vamos a poner una venda aquí, una curita aquí, vamos a, para cerrar la rodilla, este paciente va a ir a la sala de recuperación, cuando se despierte y entonces va a estar caminando con, en el día de hoy, usando muletas y doctor Holman...

Doctor Holman, ¿entendemos que el paciente va a caminar con muletas hoy mismo?

Él va a estar caminando hoy cuando se despierte usando muletas, poniendo un poco de peso sobre la pierna y especial, un refuerzo especial que ponemos en la rodilla para que el menisco se desgarré de nuevo en la etapa primera.

Doctor Holman, probablemente la última pregunta que tenemos para usted, ¿cuánto tiempo le va a tomar, le toma a usted determinar si la cirugía ha sido exitosa o no y el paciente le va a hacer falta más tratamiento?

Bueno generalmente el menisco va a demorar varias semanas para sanar, puede demorar hasta seis, ocho semanas para sanar completamente el desgarramiento del menisco con este tipo de sutura, así que lo que nosotros buscamos aquí es dos, tres meses en el futuro si el paciente no tiene dolor, si el paciente tiene actividades completas sabemos que tuvimos éxito en la reparación, y a veces eso puede que ocurra, queden veinte por ciento de los casos donde no hay una reparación completa de ese desgarramiento, lo que hacemos en ese caso, ponemos pequeños huecos en, ponemos más sangre dentro de la articulación para permitir que haya, se forme un coágulo dentro del menisco y en el desgarramiento.

Bien, gracias doctor Holman, repito ahora nos volvemos para salirnos de los quirófanos en el Hospital Mercy en Miami, la Florida, queremos darle muchas gracias a ambos pacientes que se pusieron a nuestra disposición para esta presentación educativa, para presentar esta información, para que puedan aprender otros a través de su experiencia, tanto en la prevención, el manejo y el cuidado posterior de estos guerreros de fin de semana, como les llamamos, a través de ejercicios o a través de otras actividades en que puedan encontrarse o ser, resultar lesionados, o que le haga falta atención ortopédica. Doctor Peter Holman, de artroscopia en la rodilla, doctor Lavernia, vamos a volver aquí a ustedes, a nuestro segmento de clausura para ver qué tal le va. Bien, ahora ya estamos cerrando la herida. Este paciente no va a volver a su vida tan rápido, a su vida normal como el doctor Holman, va a tener una nueva vida, como hemos visto en muchos casos en los cuales después de un mes después de la cirugía todo la cara les cambia, la expresión de la cara les cambia porque han tenido dolor durante tanto tiempo que esta operación les pone en sus pies nuevamente, relativamente rápido. Muy bien.

Muy bien. ¿Hay algo más acerca del proceso postoperatorio que es particularmente importante en cuanto al paciente?

La terapia en estas operaciones es algo crucial, tenemos aquí un terapeuta que es muy especializado y es magnífico. En la primera semana después de la cirugía si uno no dobla la rodilla debidamente va a buscarse problemas, o sea, lo más importante es que estos pacientes tengan una terapia profesional e intensa, en el mes les damos terapia dos veces al día mientras se recuperan de estas cirugías, y yo creo que les hace volver a su vida mucho más rápidamente.

¿Hay realmente un período de rehabilitación con terapia física después que la persona sale del hospital?

Esas cosas son como los autos, hay que cuidarlos, es como cambiar el aceite, si usted no mantiene los cuádriceps y los tendones funcionando bien, buena, con buena tonificación muscular y funcionando bien se van a gastar más rápido. El, el reemplazo de la rodilla exige una vida entera de terapia de la rodilla por su propia cuenta, los ejercicios que le prescribe el doctor son pocos, pero si los hace correctamente y a diario van a mantener esta rodilla funcionando muy bien por toda una vida en la mayor parte de los casos.

Muy bien, doctor Holman, ¿hay algo más que usted quiera exponer aquí? Bueno, la, el beneficio de la cirugía artroscópica son obvios, es un procedimiento mínimamente invasivo, una incisión pequeña y es beneficioso para los pacientes que tienen desgarramiento de los cartílagos o del menisco así que yo espero que hayan tenido una interesante proce, día y hayan aprendido algo aquí en este día y espero que podamos hacer esto de nuevo en el futuro cercano, para nuestros videntes que...

Yo les recuerdo a todos que lo que tuvimos hoy en este webcast en vivo lo estamos, en el sitio de la red del Hospital Mercy de Miami, para volver y ver la presentación cuando gusten, le recogemos cualquier pregunta que tengan, pueden ponerse en contacto con nosotros a través del sitio en la red, pueden ponerse en contacto con el doctor Peter Holman, el doctor Carlos Lavernia, o el Instituto de Ortopedia del Hospital Mercy. Quiero agradecer en estos momentos a todos los televidentes, sabemos que estos procedimientos a veces son excitantes pero a veces son atemorizantes y creo que una de las cosas que determinamos en el Hospital Mercy es que es importante que los pacientes sepan qué tipo de cirugía se dan o que podrían tener, qué aspecto conlleva, qué tal es la cirugía, puede ser algo intimidante en ocasiones pero de nuevo, si usted, como oyeron a los doctores Holman y Lavernia, lo importante es la preparación para la cirugía, el cuidado debido del dolor, así una vez que se ha terminado la cirugía el paciente no tenga dolor significativo, puede recuperarse rápidamente como oyeron hoy, con la tecnología actual y la intervención de cirujanos experimentados el tiempo de recuperación es muy rápido. Doctor Lavernia, quisiera dar algunas palabras (inaudible)

Absolutamente, yo quisiera dar las gracias a mi equipo, quiero darle gracias a Enrique Roig y a José y a Camilo, y a Melvis y a Stephany, todos fueron parte de hacer que esta operación fuera un éxito, nunca es una sola persona, hay que darles a todos un, por un buen trabajo.

Doctor Holman, algún (inaudible)

Lo mismo, aquí quiero dar las gracias a usted, a la maiden, a todos en mi equipo, tuvimos un equipo especializado aquí que hacen este tipo de artroscopias todos los días, y el equipo especializado ayuda a que la cosa vaya más rápido, más fácil y sin ellos no podríamos hacerlo. Gracias.

Bien, con esto concluimos el webcast en vivo del Hospital Mercy donde usted tuvo la oportunidad de presenciar una artroscopía de la rodilla y un reemplazo total de la rodilla, dos pacientes diferentes con dos condiciones diferentes, dos tipos de intervenciones ortopédicas diferentes para ayudar a las personas que sufren de dolor en la rodilla y condiciones que ocurren a veces, aquellos que llamamos los guerreros de fin de semana para volver a sus actividades y hacer sus vidas tan satisfactorias y que no se las impida el tipo de condiciones que les causan dolor, rigidez y otros problemas en nuestras articulaciones. Con esto les doy las gracias a todos por estar con nosotros en este día en vivo desde el Hospital Mercy en Miami. Gracias.

Muchas gracias por ver este programa, del quirófano en vivo desde el Hospital Mercy en Miami, Florida. (Inaudible), va a ser fácil para ustedes, simple hagan clic para solitar información en su pantalla y abran la puerta para un cuidado médico informado.

Quirófano en vivo, la visión del mejoramiento de la salud.