

Rehabilitación tras osteotomía de Fulkerson y reconstrucción del ligamento patelofemoral medial

Guía orientativa para proteger la osteotomía y la reconstrucción ligamentosa, recuperar la movilidad y el cuádriceps, normalizar la marcha y avanzar con seguridad hacia la actividad física.

INDIVIDUALIZACIÓN

La carga y la flexión dependen de la fijación, la calidad ósea, el desplazamiento de la tuberosidad tibial y los procedimientos asociados. Si se ha tratado también el cartílago u otra lesión, prevalece siempre la restricción más protectora indicada por el cirujano.

Fases orientativas

Fase	Objetivos principales	Criterios antes de avanzar
0-2 semanas	Proteger la osteotomía y el LPFM, controlar dolor y edema, lograr extensión completa, limitar la flexión a 0-30° y activar el cuádriceps.	Herida estable, extensión completa o casi completa y buen cumplimiento de ortesis, muletas y carga indicada.
3-4 semanas	Mantener carga parcial con dos muletas y ortesis bloqueada en extensión para caminar. Mantener la movilidad limitada a 0-30°.	Sin aumento del dolor en la osteotomía ni del derrame, y movilidad de 0-30° sin reacción al día siguiente.
5-6 semanas	Avanzar a carga según tolerancia solo si está autorizada, con ortesis bloqueada al caminar. Aumentar la flexión 20° por semana: 50° en la semana 5 y 70° en la semana 6.	Revisión médica favorable, flexión aproximada de 70° al finalizar la semana 6 y elevación de pierna sin retraso extensor.
7-10 semanas	Continuar aumentando la flexión 20° por semana: 90° en la semana 7, 110° en la 8 y 130° en la 9; desde la semana 10, avanzar hacia movilidad completa según tolerancia. Normalizar la marcha e iniciar fuerza en recorrido corto.	Marcha estable, movilidad acorde con el objetivo semanal, elevación sin retraso y mini sentadilla a 45° sin dolor ni valgo.
3-4 meses	Aumentar fuerza, equilibrio y control sobre una pierna con escalón bajo, prensa de 0-45° y zancada parcial.	Consolidación radiográfica en evolución, ausencia de inestabilidad, movilidad completa y buen control del cuádriceps.
5-12 meses	Progresar fuerza hasta 90°, aterrizajes, agilidad y tareas deportivas solo tras consolidación y al superar criterios funcionales.	Sin dolor, derrame ni inestabilidad; movilidad completa, fuerza y función cercanas al 90 %, y alta médica.

Regla práctica

Una sesión no debería dejar la rodilla claramente más inflamada o dolorosa al día siguiente. Si ocurre, reduzca el volumen o la dificultad y consulte al equipo que dirige la recuperación.

Ejercicios orientativos

El orden no implica que todos los ejercicios deban iniciarse a la vez. La selección y la técnica deben adaptarse a cada paciente.



Ejercicio	Cómo realizarlo	Dosis orientativa	Precaución
Movimientos de tobillo	Mover el pie hacia arriba y abajo con la pierna apoyada.	20-30, varias veces/día	No sustituyen la prevención de trombosis prescrita.
Contracción de cuádriceps	Con la rodilla estirada, tensar el muslo y presionar suavemente hacia la cama durante 5 segundos.	2-3 x 10	Sin levantar el talón ni provocar dolor agudo.
Deslizamiento asistido de talón	Acercar el talón ayudándose con una cinta y volver a estirar lentamente.	2-3 x 10	Semanas 0-4: máximo 30°. Después: +20° por semana, salvo una indicación más restrictiva.
Elevación de pierna con ortesis	Con la ortesis bloqueada y el muslo tenso, elevar la pierna recta y bajar despacio.	2-3 x 8-10	Desde la semana 5 o cuando se autorice; detener si la rodilla se dobla.
Mini sentadilla hasta 45°	Con apoyo estable, llevar la cadera atrás y flexionar poco manteniendo rodilla y pie alineados.	2-3 x 8-12	Fase 2, solo con carga y ejercicio autorizados.
Subida a escalón bajo	Subir lentamente con la pierna operada y bajar con control, usando una barandilla.	2-3 x 6-10	Fase 3, tras revisión de la consolidación y sin dolor en la osteotomía.

Progresión segura y señales de alarma

Protección de la osteotomía y del LPFM

- Utilice la ortesis articulada bloqueada en extensión para caminar durante el periodo indicado; no la retire para la marcha por iniciativa propia.
- Mantenga carga parcial durante las primeras 4 semanas. Entre las semanas 5 y 6, avance la carga solo si el cirujano lo autoriza.
- Progrese la flexión de forma gradual y no realice movilizaciones laterales de la rótula durante la protección inicial.
- Avance según dolor, derrame, movilidad, control del cuádriceps, calidad de la marcha y consolidación radiográfica, no solo por el calendario; evite el valgo, los giros y los desplazamientos laterales hasta recuperar control suficiente.

Criterios que suelen revisarse antes de avanzar

- Herida estable
- Extensión completa y flexión objetivo
- Elevación sin retraso extensor
- Marcha sin cojera relevante
- Consolidación radiográfica antes del impacto
- Fuerza y pruebas funcionales acordes con la actividad

Qué debe evitar

Evite movilizar la rótula hacia fuera, forzar la flexión, apoyar más peso del autorizado, abandonar pronto la ortesis o las muletas, hacer sentadillas profundas, giros, carrera o saltos antes de confirmar la consolidación.

CONSULTE DE FORMA URGENTE

Fiebre, secreción o enrojecimiento progresivo de la herida, dolor que aumenta de forma importante, pantorrilla muy hinchada o dolorosa, falta de aire, dolor torácico, pérdida repentina de fuerza o sensibilidad, o un nuevo traumatismo. Ante falta de aire o dolor torácico, solicite atención urgente.

Referencias consultadas

- Jones CK. Patella Stabilization Rehabilitation (MPFL and Fulkerson Osteotomy). Colorado Springs Orthopaedic Group. Actualización 2019. Material de referencia aportado.
- McGee TG et al. Rehabilitation after medial patellofemoral ligament reconstruction. *Sports Med Arthrosc Rev.* 2017;25:105-113.
- Koshino Y et al. Rehabilitation and return to sport after MPFL reconstruction: systematic review. *Phys Sportsmed.* 2022;50:486-499.
- Stetson WB et al. Fracture of the proximal tibia with immediate weightbearing after a Fulkerson osteotomy. *Am J Sports Med.* 1997;25:570-574.

Documento original de Rodilla360. Revisión: septiembre de 2026.