

CONCLUSIONES

El reemplazo total de rodilla con prótesis de Insall-Burnstein debe reservarse a pacientes de edad avanzada con escasa demanda de actividad futura, como ser: portadores de artritis reumatoidea, necrosis severa o artrosis grave con inestabilidad y/o dolor muy incapacitante. Debe complementarse una buena indicación con una adecuada ejecución.

BIBLIOGRAFIA

1. Farfalli LA: Reemplazo total de rodilla con prótesis total condilar. XIV Congr Argent de O y T, 1977.
2. Farfalli LA: Corrección de deformidades severas en rodilla mediante reemplazo total con prótesis total condilar. XIV Congr Argent de O y T, 1977.
3. Farfalli LA: Experiencia con prótesis condilar total de rodilla. Bol y Trab SAOT, Nº 4, 1979.
4. Escribana Villanueva, Vilanova Vázquez, Borregú Martínez, Silveira de la Torre, Martínez Mínguez, Martínez Candial, Díez de Miguel: Congreso SECOT, Vol 26 I-B, Fascículo 3, 1982.
5. Insall JM: Cirugía de la rodilla. Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1986, pp 631-787.

497

ISSN 0325-1578

Rev. Asoc. Arg. Ortop. y Traumatol., Vol. 56, Nº 1 págs. 121-123

1ª Sesión Extraordinaria (14/5/1991)

REUNION CONJUNTA AAOT-ASTO

Tema: "ARTRODESIS DE RODILLA: TRATAMIENTO QUIRURGICO"

Gonartrosis por genu valgo: osteotomía supracondílea femoral

Dr. SALOMON SCHÄCHTER*

La osteotomía ha sido usada en el tratamiento de la artrosis de rodilla desde su introducción en 1950 y mantiene actual vigencia.

El objetivo de la operación es transferir el centro de la carga del peso del cuerpo desde el compartimiento tibiofemoral, medial o lateral más lesionado, al compartimiento menos afectado, mediante una osteotomía cuneiforme tibial alta o supracondílea femoral.

Es fundamental la selección adecuada del

paciente. Son requisitos para su indicación la existencia de dolor articular permanente que obliga al paciente a una limitación marcada de su actividad cotidiana ordinaria.

Está indicada en las artrosis tibiofemorales unicompartimentales con desviaciones en varo o valgo.

El otro compartimiento debe estar razonablemente preservado. La deformidad en varo o valgo no debe superar los 15 grados en la radiografía obtenida en bipedestación. Es preciso que haya una buena estabilidad de los ligamentos laterales y cruzados. El arco de movimiento de la rodilla debe superar los 90 grados, y de existir deformidad en flexión, ésta no debe superar los 15 grados.

* Hospital de Clínicas José de San Martín, Córdoba 2351, Buenos Aires.

La anamnesis o el examen deben excluir la existencia de rupturas meniscales o de cuerpos libres intraarticulares con bloqueos o hidrartrosis a repetición. De existir, éstos deben ser solucionados por una artrotomía exploradora o artroscopía, realizada como un acto quirúrgico previo o simultáneamente con la osteotomía.

La artrotomía, en el momento de efectuar la osteotomía, puede conducir a limitaciones de la movilidad de la rodilla si se utiliza una inmovilización enyesada para la contención.

El paciente debe gozar de una buena circulación vascular periférica, sin serias insuficiencias arteriales o venosas.

En pacientes obesos, esta cirugía resulta ser más complicada. Los riesgos de tromboflebitis o embolia pulmonar son mucho mayores. El período de rehabilitación suele ser más prolongado en estos enfermos.

La artrosis patelofemoral, considerada por algunos autores como una contraindicación para la osteotomía, no lo es en nuestra opinión. Hemos obtenido excelentes resultados en osteotomías realizadas, inclusive, en presencia de artrosis patelofemoral.

La indicación de la osteotomía puede extenderse a las alteraciones de los ejes del miembro, en etapas en que la artrosis aún no ha aparecido. Estas desviaciones axiales conducirán fatalmente a ella, constituyendo la osteotomía, realizada en esta etapa, una valiosa indicación profiláctica.

La osteotomía de rodilla tiene un doble efecto:

Un efecto mecánico derivado de la restauración del eje mecánico de carga con realineamiento tibiofemoral hacia un genu valgo de 5 a 8 grados. Se descarga de esta manera el compartimiento artroscópico.

Un efecto biológico, por modificación de la hiperhemia venosa y de la hiperpresión vascular en la extremidad distal del fémur o proximal de la tibia.

En las deformidades en valgo, superiores a los 15 ó 20 grados, la erosión y la destrucción tienen lugar sobre todo a nivel del cóndilo femoral, existiendo además una marcada laxitud del ligamento lateral

interno. Sin embargo, aun en presencia de una adecuada estabilidad lateral, la corrección hecha mediante una osteotomía tibial puede resultar en una oblicuidad de la interlínea articular.

Por tal razón, y para lograr una horizontalidad de la línea articular, recurrimos a la osteotomía femoral supracondílea en vez de la osteotomía tibial, porque mediante esta última no se logra alinear satisfactoriamente las superficies de carga.

En esta última osteotomía existen mayores riesgos de retardos de consolidación y limitación de la movilidad postoperatoria.

La utilización de una osteosíntesis estable no requiere la utilización del yeso postoperatorio, lográndose una movilidad articular total dentro de los cinco o siete días del postoperatorio.

Nunca hemos efectuado la osteotomía intercondílea femoral preconizada por Debyre. Los resultados publicados de esta osteotomía no han sido satisfactorios.

¿Qué sucede si se pretende corregir un genu valgo artroscópico mediante una osteotomía tibial proximal? Se crea una oblicuidad de la interlínea articular que puede conducir a una subluxación femoral medial.

Basados en cuarenta años de experiencia en el uso de las osteotomías varizantes o valguizantes a nivel de la rodilla, para el tratamiento de la gonartrosis con alteraciones de los ejes, debemos concluir que es una operación que tiene **actual vigencia**. Cuando está correctamente indicada y ejecutada, produce una remisión duradera de los síntomas dolorosos y de los signos de incapacidad.

Los mejores resultados se obtienen en pacientes con artrosis unicompartimentales, con genu varo o valgo de 10 grados o menos, con buena estabilidad ligamentaria lateral, con un arco mínimo de movimiento de 90 grados y con escasa o ninguna contractura en flexión.

Los malos resultados son generalmente imputables a una inadecuada selección del paciente o a fallas técnicas en la ejecución de la operación.

El candidato ideal para una osteotomía femoral es un paciente joven, activo, con

artrosis unicompartimental leve o moderada, con más de 90 grados de flexión, con menos de 15 grados de desviación en varo y menos de 15 grados de contractura en flexión, con dolor en interlínea externa, sinovitis mínima y rodilla estable.

Las complicaciones posibles son: corrección insuficiente o hipercorrección; retardo de consolidación; oblicuidad articular; inestabilidad lateral y parálisis del ciático poplíteo externo.

Una corrección insuficiente implica un desplazamiento inadecuado del centro de carga al compartimento menos lesionado; los cambios degenerativos del compartimento más afectado continúan con recidiva del dolor y de la deformidad.

Una hipercorrección de 5 a 10 grados parecería ser ideal. Más allá de estos límites es indeseable, tanto desde el punto de vista funcional como del estético.

La máxima dificultad reside quizá en la determinación exacta del tamaño de la cuña a resecar. Groseramente se admite que **cada milímetro de la base de la cuña a resecar equivale a 1 grado de corrección del eje del miembro.**

El calco preoperatorio sobre radiografías obtenidas con una carga unipodálica y los controles radiográficos intraoperatorios son en este sentido auxiliares de gran valor.

Los **retardos de consolidación** pueden darse en las osteotomías tibiales infratuberositarias y en las osteotomías femorales supracondíleas. Ambos se evitan utilizando implantes que permitan aplicar los modernos conceptos de osteosíntesis difundidos por la escuela suiza AO, para lograr una fijación estable y una adecuada compresión interfragmentaria.

Sobre la horizontalización de las superficies articulares una vez completada la osteotomía ya nos hemos ocupado más arriba.

Las parálisis del ciático poplíteo externo pueden aparecer sobre todo en las osteotomías varizantes, para corrección de un valgismo marcado. Una técnica quirúrgica

minuciosa, con liberación previa del nervio, nos pondrá a cubierto de esta desagradable complicación.

En una presentación que hemos hecho ante la AAOT de pacientes con gonartrosis tratados mediante osteotomías alrededor de la rodilla y seguidos durante un plazo mínimo de cinco años y máximo de diez años, arrojó un 83% de resultados excelentes y buenos.

DISCUSION

Dr. Salomón Glikstein: Quisiera preguntarle al Dr. Schächter cuál es la conducta aconsejada de acuerdo con la edad y si la osteotomía varizante la realiza en pacientes de edad mayor de 60 años continuando los requisitos para la misma.

Por otra parte, en los jóvenes de alrededor de 20 años con genu valgo no doloroso, sin artrosis, ¿qué indicación tendría la técnica?

CIERRE DE DISCUSION

Dr. Salomón Schächter: Las artrosis de rodilla son excepcionalmente unicompartimentales en enfermos mayores de 60 años. En este grupo etario indicaríamos de preferencia un reemplazo total de rodilla. De efectuar una osteotomía, la haríamos utilizando una osteosíntesis estable para evitar la inmovilización enyesada.

Las desviaciones axiales son a nuestro juicio lesiones preartrósicas. Mucho más el genu varo que el genu valgo, por las razones antes anotadas. Un genu valgo marcado en un enfermo de alrededor de 20 años tiene a nuestro juicio indicación quirúrgica.

El factor estético también debe ser tenido en cuenta, sobre todo si se trata de enfermos de sexo femenino.