

“TRATAMIENTO DEL DOLOR FEMOROPATELAR MEDIANTE OSTEOTOMÍA VERTICAL DE FICAT EN LA ROTULA” .

Raquel Lax Pérez¹ ;Francisco Ferrero Manzanal ¹;Gregorio Meseguer Meseguer ¹; Antonio Murcia Asensio¹
Angel Lax Pérez¹ ;Ana Corraliza Zamorano ²;JE Salinas Gilabert ²; Francisco Lajara Marco ².
Hospital Santa Lucia (Cartagena)¹
Hospital Vega Baja (Alicante) ².



INTRODUCCIÓN

La osteotomía vertical de cierre sobre la rótula, fue utilizada por primera vez por Ficat en 1977 y desarrollada por A. Yunta (1983) en nuestro país.

Este tipo de intervención tenía como objetivo la descompresión de la faceta externa y por lo tanto se puede utilizar en pacientes con artrosis femoropatelar externa y condropatías rotulianas por síndromes de hiperpresión externo.

Los primeros autores que comenzaron a realizar osteotomías en la rótulas fueron Deliss y posteriormente Morscher, aunque este último la osteotomía que realizaba era de apertura para conseguir una congruencia de la superficie medial de la rótula. (Fig. 1 y 2).

Ficat (1977) desarrollo una técnica quirúrgica mediante osteotomía de la rótula muy parecida, era de cierre y la utilizaba para la descompresión de la faceta externa, por lo que estaba indicada en las condromalacias secundarias al Sd de hiperpresión rotuliana externa y tenía como objetivo además de mejorar la congruencia articular, realinear en los casos de subluxación.

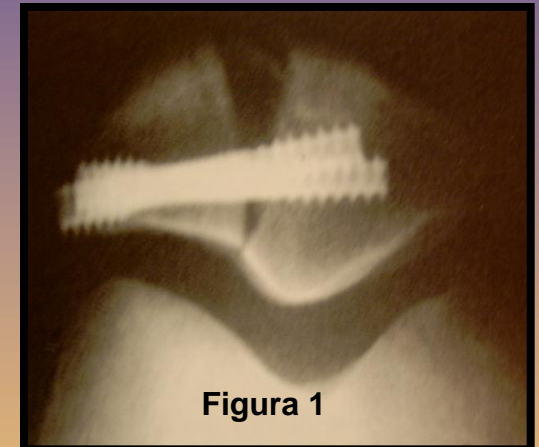


Figura 1



Figura 2

TÉCNICA QUIRÚRGICA.

1.- Incisión longitudinal centrada en rótula, 1 cm. por encima de la inserción rotuliana del cuadriceps hasta 1 cm. por debajo de la inserción proximal del tendón rotuliano. (Fig. 3 y 4)

2.- Liberación celular subcutáneo a ambos lados y practicar la sección del alerón rotuliano externo y de la sinovial con exposición de su carilla articular externa, invirtiendo la patela 90°. (Fig. 5 y 6)

3.- Exploración de las superficies articulares de la patela, tróclea femoral y la posible existencia de cuerpos libres. Se reseca el osteofito marginal externo en caso de que exista (Queilotomía). (Fig. 7).

4.- Se realiza osteotomía vertical previa desperiostización en zona media de la rótula. Se comienza con un primer corte vertical y uno segundo a un centímetro del primero, oblicuo en sentido externo para que converjan ambos a nivel del hueso subcondral de la cresta rotuliana. Se obtiene de esta forma una cuña de base dorsal. (Fig. 8-10).

Raquel Lax Pérez¹; Francisco Ferrero Manzanal¹; Gregorio Meseguer Meseguer¹; Antonio Murcia Asensio¹; Angel Lax Pérez¹; Ana Corraliza Zamorano²; JE Salinas Gilabert²; Francisco Lajara Marco².
Hospital Santa Lucia (Cartagena)¹
Hospital Vega Baja (Alicante)².



Figura 3

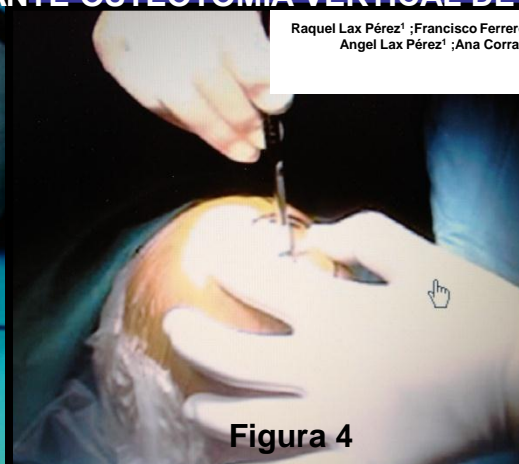


Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9



Figura 10

TÉCNICA QUIRÚRGICA.

5.- Extracción de la cuña y cierre de la osteotomía mediante pinzas de hueso. (Fig. 10 y 11).

6.- Osteosíntesis mediante dos tornillos canulados y comprobación del cierre de la osteotomía, el aumento del espacio articular femoropatelar externo y la estabilidad de la rótula en flexo-extensión. (Fig. 12 y 13).

7.- Coagulación de vasos tras la retirada de la isquemia y colocación de vendaje compresivo. (Fig. 14).

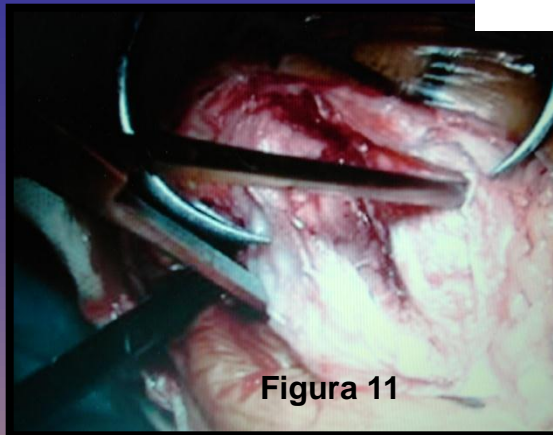


Figura 11



Figura 12



Figura 13



Figura 14

En los cuidados posoperatorios se realizan isométricos en las primeras 24 horas, inicio de movilidad flexo-extensión a las 48 horas y deambulacion con andador o bastones ingleses al 2 ó 3 día (siempre que no se realicen otras técnicas quirúrgicas asociadas que no le permitan la deambulacion). El paciente puede ser alta al 3 ó 4 día.

CASO CLINICO

Raquel Lax Pérez¹; Francisco Ferrero Manzanal¹; Gregorio Meseguer Meseguer¹; Antonio Murcia Asensio¹; Angel Lax Pérez¹; Ana Corraliza Zamorano²; JE Salinas Gilabert²; Francisco Lajara Marco².
Hospital Santa Lucia (Cartagena)¹
Hospital Vega Baja (Alicante)².

Mujer 58 años.



Artrosis femoro Patelar.
Sd Hiperpr. Rotuliano ext.



Control postquirurgico



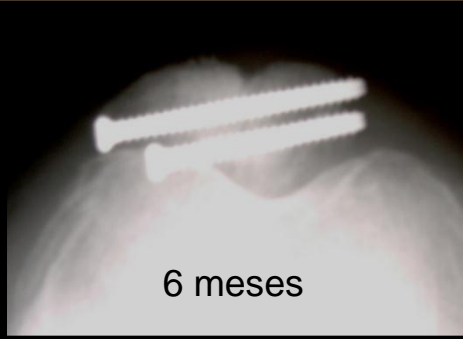
Dolor Retropatelar.
Cepillo hor. y vert.
(+++)



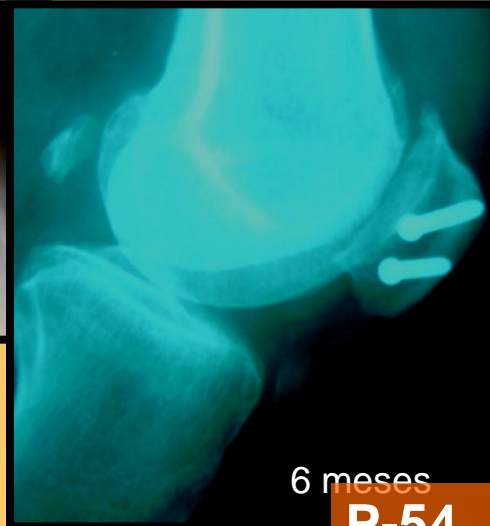
Control postquirurgico



6 meses



6 meses



6 meses



SOTOCAY

RESULTADOS

Los paciente realizaron RHB desde el 2 día de la intervención, y cuando la osteotomía se asoció solamente a la liberación alerón rotuliano externo se permitió la marcha con andador o bastones ingleses también a las 48 horas. En todos los pacientes se consiguió la consolidación de la osteotomía en un tiempo medio de 8 semanas.

Se valoró los resultados utilizando la escala de Freeman de apreciación rápida (dolor, capacidad de la marcha y grado de movilidad), presentando una puntuación media posquirúrgica de 95, considerados como muy buenos (95-110).

Utilizando la valoración del dolor del Dr. Yunta encontramos: Muy buenos resultados (no dolor) 5 pacientes (55.5%); Buenos (Dolor ocasional) 3 pacientes (33.3%); Regulares (Dolor intermitente): 1 paciente (11.1%).

Con respecto a las complicaciones han sido muy escasas, con una reintervención por sangrado arteria geniculada infero-externa. No encontrado ningún caso de infección, retardo de consolidación, fractura de la rótula o pérdida de movilidad articular.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

•Esta técnica se encuentra indicada en artrosis femoropatelares externas y en condropatías rotulianas por sd hiperpresión externo (Grados II, III, e incluso IV de Outerbridge).

• Se trata de una técnica quirúrgica fácil de realizar con tiempo quirúrgico corto y que te permite asociarla a otras técnicas (Asociada a la técnica de Maquet presenta malos resultados (Dr. Yunta Gallo)), en el mismo acto o en cirugías posteriores.

•Su recuperación funcional es rápida.

• Esta intervención provoca una descompresión sobre la carilla externa de la patela, con una desaparición inmediata del dolor y de los crujidos articulares. Tb. se produce una modificación de la presión venosa intramedular que tiene una acción antiálgica en el paciente.

•El fracaso de la intervención viene marcado por la extensión del proceso degenerativo al resto de los compartimentos.

•Esta técnica quirúrgica no cierra el paso a cirugías posteriores que se puedan realizar sobre el paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Cabot JR, *Cirugía del aparato locomotor*. Salvat Ed. Barcelona, 1971.
- 2.- Ficat P, *Les desequilibres rotuliens: de l'hiperpression extreme á l'arthrose*. Mason, París, 1973.
- 3.- Chambat P, *Deséquilibrés et condropatías de la rotule*”, *Symposium dirigido por P. Ficat y J. Benoít*, en *Rev. Chir. Orthop.*, 66; 1980, pp. 223-225.
- 4.- Vilarrubias JM, *Gonartrosis. Tratamiento médico-Quirúrgico*. *Rev. Aparato Locomotor*, 2, 1984, pp. 14-21.
- 5.- Vilarrubias JM, *Patología del aparato extensor de la rodilla*. Editorial Jims. Barcelona, 1995.
- 6.- Sancho R, Gasch J, Yunta A. *Osteotomía vertical de rótula. Consideraciones técnicas. Estudio multicéntrico*. 1998, nº 6. SEROD.