

30 11245

2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPIEDIA
MAGDALENA DE LAS SALINAS**

**“UN NUEVO METODO TERAPEUTICO PARA LA LUXACION
RECIDIVANTE DE ROTULA POR ARTROSCOPIA”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD EN**

TRAUMATOLOGIA Y ORTOPIEDIA

P R E S E N T A

DR. SIMON ALFREDO GALVIS ALVAREZ



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

MEXICO, D. F.

1990

**FALLA DE ORIGEN
NO SIS CON**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

pagina

INDICE:

INTRODUCCION.....	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	4
OBJETIVOS.....	7
HIPOTESIS.....	8
ANATOMIA DE LA RODILLA.....	9
BIOMECANICA.....	16
RADIOLOGIA.....	22
MATERIAL Y METODO.....	26
TECNICA QUIRURGICA.....	30
RESULTADOS.....	35
DISCUSION.....	37
RESUMEN.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	41

INTRODUCCION:

En la articulación de la rodilla, la luxación recidivante de la rótula condiciona una serie de cambios artrósicos, debido a las alteraciones biomecánicas que se producen en dicha articulación: A mayor número de ocasiones en que se luxa la rótula mayor será la alteración que muestre el cartilago articular tanto de la rótula como del femur, lo que ocasiona una condromalacia y artrosis posterior.

La importancia en el manejo de esta patología a través de la historia de la cirugía ortopédica es la creación de numerosas técnicas quirúrgicas, con el fin de corregir las alteraciones mecánicas, como solución primaria. La mayoría con grandes incisiones quirúrgicas que requieren de un tiempo de convalescen-

cia y rehabilitación prolongado.

En la actualidad con el mundo en constante evolución, que requiere de la integración rápida del paciente a sus actividades normales y con los recursos tecnológicos actuales, se busca nuevos métodos que permitan más rápida rehabilitación.

El artroscopio como avance de los recursos tecnológicos, nos permite diagnosticar y corregir diferentes patologías de la articulación de la rodilla, disminuyendo en forma significativa la convalecencia y rehabilitación del paciente, y con la disposición de este recurso podemos presentar una técnica artroscópica quirúrgica para el manejo de algunos factores que alteran la mecánica de la rodilla.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Se inicia en el siglo pasado el manejo quirúrgico de las alteraciones mecánicas de la luxación recidivante de rótula. El primero en proponer un manejo quirúrgico es Roux 1888 (citado por Chen SC⁵) quien junto con Golwala describen la técnica de trasladar la mitad del tendón rotuliano lateral en dirección medial.

Galeazzi 1922 (citado por Campbell)³ propone la técnica del semitendinoso.

Campbell³ 1930 describe la técnica de realineación distal del tendón rotuliano.

Hauser¹⁰ 1938 propone el trasplante distal del tendón de la patela.

Marion y Barcal en 1950 (citado por Chen SC)⁵ hacen revisión de 100 técnicas quirúrgicas que tienen tres objetivos básicos:

- 1.- Liberación de la tensión lateral.
- 2.- Corrección de elementos que alteran o causan unas indebidas adherencias y fibrosis rotuliana.
- 3.- Anular la laxitud medial del refínáculo rotuliano y cápsula.

En 1918 el profesor Takagy (citado por Marques)³ fué el primero en introducir un cistoscopio para visualizar el interior de una rodilla de un cadáver, rápidamente diseña un aparato específico para la rodilla el que llama ArtroscoPIO (1922).

Ha resultado imposible determinar quién fué el primero en realizar una intervención quirúrgica artroscópica de la rodilla la idea, fue publicada por primera vez por E.S. Geist⁹ quien en 1926 manifestó la posibilidad de la biopsia SINOVIAL A TRAVES DEL ARTROSCOPIO.

Desafortunadamente parece que no hubo comunicación hasta que Lipson, Clemens y Frymeyer quienes describen los resultados positivos de una biopsia sinovial en 1957.

El Dr. Watanabe¹⁰ fué el primero en efectuar

una menisectomía por medio de la artroscopia al extirpar en 1962 un colgajo de menisco desgarrado.

A partir de 1970 el Dr. O'Connor⁶ y otros han incrementado el desarrollo de la cirugía artroscópica. En forma sorprendente no se han realizado comunicaciones de los resultados de la cirugía artroscópica hasta 1978.

La cirugía de realineación rotuliana se divide en tres grupos:

- 1.- Liberación lateral.
- 2.- Realineación proximal
- 3.- Realineación distal.

Merchant y Mercer¹⁴ publican un reporte preliminar de la liberación lateral del retináculo.

Chen SC y Ramanathan, realizan esta técnica por artroscopia y publican un estudio de 10 años en 1984 con buenos resultados.

Con base a lo anterior y siendo factible la liberación y plicatura de éste por medio del artroscopio, basamos el inicio de nuestro estudio.

OBJETIVOS:

1. Presentar una alternativa artroscópica como técnica de tratamiento de la luxación recidivante de rótula.
- 2.- Mostrar que la técnica artroscópica para luxación recidivante de rótula, de buenos resultados.
- 3.- Comprobar que como cirugía menor, se puede manejar en forma ambulatoria, con pronta reintegración a las actividades normales.

HIPOTESIS:

La técnica quirúrgica por artroscopia para luxación recidivante de rótula da tan buenos resultados como las técnicas tradicionales, siendo una cirugía menor.

ANATOMIA DE LA RODILLA:

Puede considerarse que esta articulación tiene 3 compartimientos distintos y particularmente separados, en el compartimiento anterior o patelofemoral, la rótula se articula con el surco o escotadura femoral hasta los 90°, luego de la cual las carillas internas y externas se articulan separadamente con los correspondientes cóndilos femorales. En Flexión extrema, el contacto patelo femoral pasa de la carilla interna a la carilla impar.

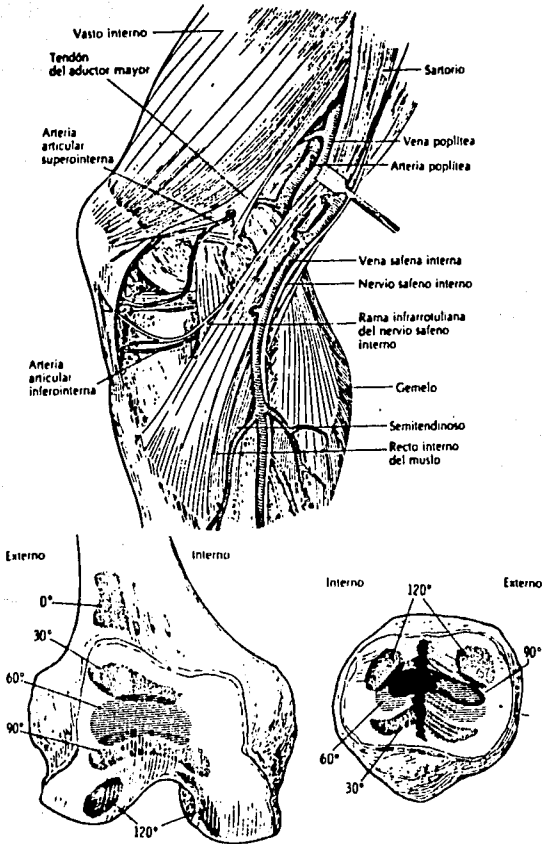
Los bordes de la rótula forma un triángulo vago, ligeramente más ancho que alto, con un ápex orientado distalmente. Sus dimensiones varían de 47 a 50 mm. de altura por 51 a 57mm. de ancho, con su grosor de 15 a 25mm.

La superficie anterior es ligeramente convexa en todas las direcciones, dividiéndose ésta en tres partes: tercio proximal rugoso, el cual recibe la inserción de las fibras del cuádriceps; el tercio medio por donde entran las estructuras vasculares el tercio distal que termina en forma de V el cual está envuelto por el tendón rotuliano. La superficie articular de la rótula posee 7 carillas las internas y externas están divididas verticalmente en tercios aproximadamente iguales, mientras que la séptima carilla (impar) se encuentra a lo largo del extremo interno de la rótula. En general, las carillas internas son más pequeñas y ligeramente convexa; las externas representa aproximadamente los 2 tercios del hueso, tiene un convexidad sagital y un concavidad coronal. La rótula se ajusta de modo imperfecto a la superficie del fémur, el surco femoral tiene un labio interno y otro externo de los cuales el segundo es más ancho y alto y ambos poseen una convexidad sagital. La escotadura femoral esta separada de los condilos femorales interno y externo por un borde poco definido más prominente. La superficie de contacto entre la rótula y el fémur varían con la posición cuando la primera se desliza sobre la segunda. La superficie de contacto se produce a los 30° y a

los 45° es la más extensa. En la extensión completa las carillas rotulianas interna y externa inferiores se encuentran sobre la porción superior del surco femoral. En la posición de 90° el área de contacto pasa a las carillas interna y externa superiores y con mayor flexión aparecen dos áreas separadas de contacto, una interna y otra externa. Como la carilla articular impar sólo establece contacto con el fémur en flexión extrema.

En forma y dimensión, los cóndilos femorales son asimétricos el interno es más grande, visto desde el costado tiene una curvatura que aumente notablemente en dirección posterior. Si los cóndilos femorales son vistos desde la superficie que articula con la tibia, se observa que el cóndilo externo es ligeramente más corto que el interno. El eje longitudinal del cóndilo externo es algo más largo que el cóndilo interno y está ubicado en un plano más sagital, mientras que el interno, medido en el centro de la escotadura intercondílica. El margen proximal o base de la rótula recibe la inserción del tendón del cuádriceps, el ápex de la rótula recibe la inserción del tendón rotuliano, el borde medial se considera más delgado que el contra lateral y ambos reciben la inserción de la sinovial, cápsula,

ANATOMÍA DE LA RODILLA Y ZONAS DE CONTACTO DE LA ROTULA



articular, ligamento patelofemoral y la expansión del cuádriceps. El borde lateral recibe una expansión fibrosa de la fascia lata, la cual puede variar en grado de desarrollo.

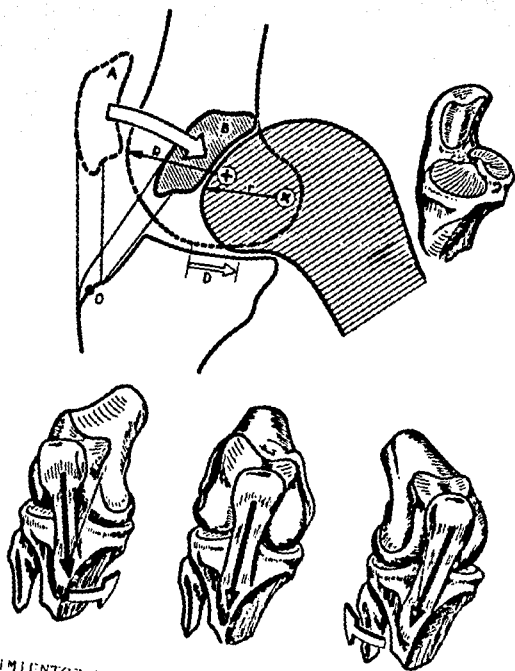
La rótula es el centro de una encrucijada de tejidos blandos, que la unen a la rodilla en ambas direcciones tanto transversal como longitudinal, habiendo elementos activos y pasivos. El tendón rotuliano forma parte de éstos últimos y limita el ascenso proximal de la rótula, su longitud varía de 5 a 6 cms. y 6 a 7 mm. de grosos; su orientación es a lo largo del eje longitudinal de la extremidad inferior, pero frecuentemente es un poco oblicuo hacia lateral de proximal a distal, lo cual se añade a la tendencia del desplazamiento lateral de la rótula.

En cuanto a la irrigación, la rótula está irrigada por las arterias geniculares y por la recurrente tibial anterior. El drenaje venoso está dado por la vena poplitea y la vena safena interna.

Dentro de las funciones de la rótula

- 1.- Quizá, la más importante función en cuanto a la rótula se refiere, es facilitar la extensión de la rodilla por incremento de la distancia del aparato extensor desde el eje de flexión y extensión de la rodilla.

DESPLAZAMIENTO DE LA ROTULA EN LA FLEXION-EXTENSION.



MOVIMIENTOS DE ROTACION AXIAL

2.- La rótula disminuye considerablemente la fricción del mecanismo del cuádriceps, pasando sobre los cóndilos femorales. El cartilago hialino con su muy bajo coeficiente de fricción es indispensable para transmitir la fuerza del cuádriceps alrededor del fémur hacia la tibia.

3.- Una de las características de la rótula es la estética de la rodilla.

4.- La rótula actúa como guía para el tendón del cuádriceps en la transmisión de fuerza hacia el tendón rotuliano. Esto disminuye la posibilidad de dislocación del aparato extensor, la patela controla la tensión cápsular de la rodilla. Esta también protege el cartilago de la tróclea de los cóndilos femorales actuando como escudo óseo.

5.- En todo el rango de movilidad, la rótula incrementa la fuerza de extensión alrededor del 50%.

6.- La rótula protege al aparato extensor de la fricción y le permite que logre tolerar grandes fuerzas compresivas.

BIOMECANICA:

En la función de la rodilla como en todas las articulaciones del esqueleto es permitir el movimiento de los segmentos óseos, al mismo tiempo resistir cargas funcionales, en la rodilla. Los movimientos se asocian a cargas que varían según las actividades ambulatorias como correr, caminar, subir o bajar escaleras, saltar; éstas cargas durante estas actividades son las fuerzas de reacción del piso aplicada sobre el pie durante la fase postural o durante o durante la fase de desplazamiento de esa actividad. Salvo en posición en actividades posturales estáticas como en la posición parado, la rodilla debe soportar cargas variables al mismo tiempo debe permitir el movimiento entre sus tres componentes óseos.

El principal componente de movimiento óseo de la rodilla es la flexo-extensión, pero también, la rodilla presenta otros movimientos de angulación varo-valgo y de rotación.

En estudios groseros de la función de la rodilla, los conceptos de soporte de carga y función de movimiento a menudo se tratan en forma separadas.

La función de la rótula: Para algunos autores dan gran importancia al rol de la rótula en el mecanismo de flexo-extensión de la rodilla, en la distribución de las cargas y en el incremento de las fuerzas en la extensión en un 50%, a su vez la rótula es la encargada de centrar el tendón del cuádriceps, transmitiendo la fuerza al tendón patelar decreciendo la posibilidad de la dislocación del aparato extensor; la rótula controla la tensión de la cápsula y protege el cartilago condilar.

La compresión patelofemoral en un punto estático se puede calcular, teniendo en cuenta los siguientes factores: la fuerza del cuádriceps, la fuerza del tendón rotuliano, la resultante de esta fuerza, el punto de apoyo condilo-tibial, el punto de gravedad, el peso corporal menos el peso de la pierna.

Aplicando la formula descrita en el cuadro siguiente.

FORMULA PARA CALCULAR LA COMPRESION DE LA ARTICULACION PATELO-FEMORAL:

$$1) \quad M_1 = M_2$$

$$2) \quad H = F \cdot \text{sen } \alpha_F = T \cdot \text{sen } \alpha_T$$

$$3) \quad q \cdot F \cdot \text{sen } \alpha_F = q \cdot T \cdot \text{sen } \alpha_T$$

$$4) \quad M_1 r = M_2 r$$

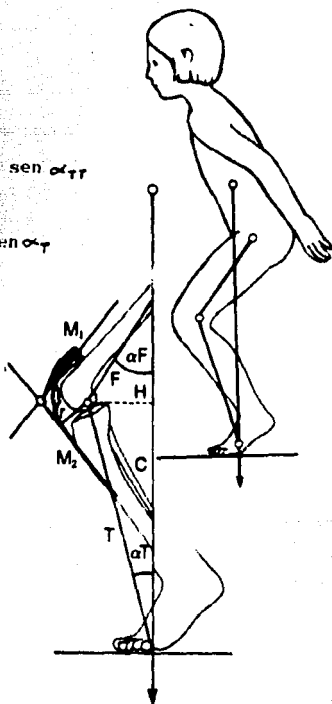
$$5) \quad M_1 r = q \cdot T \cdot \text{sen } \alpha_T$$

$$M_2 r = q \cdot F \cdot \text{sen } \alpha_F$$

$$6) \quad M_1 = \frac{q \cdot T \cdot \text{sen } \alpha_T}{r}$$

$$M_2 = \frac{q \cdot F \cdot \text{sen } \alpha_F}{r}$$

$$7) \quad Y = Z$$



Continuando con el despeje de las fuerzas y teniendo en cuenta el paralelogramo formado por los puntos AOBC que es romboide y los triangulos AOC = BOC

$$8). \quad Y = M_1 \cdot \cos \gamma/2$$

$$Z = M_2 \cdot \cos \gamma/2$$

Despejando Y y Z

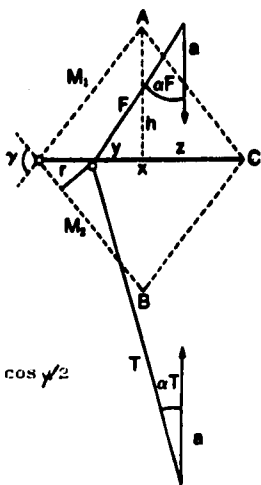
$$Y = \frac{T \cdot q \cdot \operatorname{sen} \alpha_F}{r} \cdot \cos \gamma/2$$

$$Z = \frac{F \cdot q \cdot \operatorname{sen} \alpha_F}{r} \cdot \cos \gamma/2$$

$$9). \quad X = Y + Z$$

$$X = \frac{T \cdot q}{r} \cdot \operatorname{sen} \alpha_F \cos \gamma/2 + \frac{F \cdot q}{r} \cdot \operatorname{sen} \alpha_F \cos \gamma/2$$

$$X = q \cdot \frac{\cos \gamma/2}{r} \cdot (F \cdot \operatorname{sen} \alpha_F + T \cdot \operatorname{sen} \alpha_T)$$



Es importante señalar los movimientos de torción, de varo-valgo, deben ser generados por un par de fuerzas; y en consecuencia se debe considerar la resistencia de los ligamentos y de la cápsula; los patrones de cálculo se tornan más complejos y difíciles de predecir. La mecánica de la articulación patelofemoral difiere considerablemente de la mecánica de la articulación femorotibial.

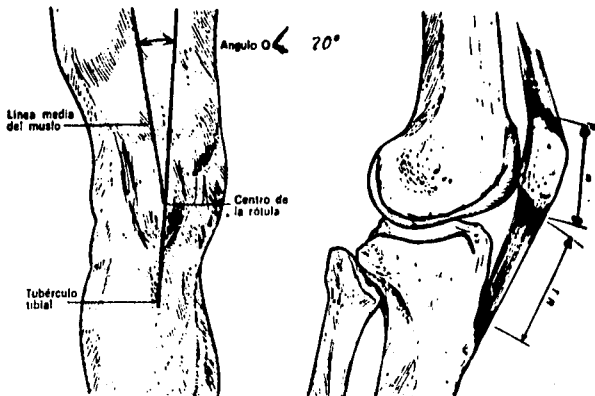
Las fuerzas de la articulación patelofemoral no son sólo el resultado de requerimiento de equilibrio ante cargas funcionales.

Por lo contrario, resultan de cambiar de dirección las cargas del cuádriceps al pasar por la articulación antes de actuar sobre la tibia a través del tendón rotuliano. En tonces la función mecánica de la rótula, es la de proporcionar un medio para un cambio mecánicamente compatible de la dirección de las fuerzas. En consecuencia, la distribución de las fuerzas sobre la porción de la rótula que soporta la compresión debe resolverse en una fuerza resultante coplamar respecto de la fuerza muscular aplicada y a la carga inducida por el tendón rotuliano.

Los parametros de medición clínica, como el ángulo del cuádriceps (Q), son importante para comprender la in-

fluencia de la anatomía sobre las fuerzas permitiendo que sean coplanares. No obstante, debe tenerse la precaución de observar la naturaleza tridimensional de la articulación.

DETERMINACION CLINICA DEL ANGULO "Q".



RADIOLOGIA:

Para complementar los estudios preoperatorios de articulación de la rodilla se solicitaron estudios radiográficos. En nuestro servicio, se solicitan tres proyecciones básicas siendo estas: Anteroposterior, lateral y tangenciales de rótula.

La articulación patelofemoral dada la múltiple patología que en ella se presenta, no pueden obviarse por ningún motivo su estudio y para lo cual es necesario el conocimiento de los métodos de medición radiográfica. Existen diversos métodos de medición para valorar esta patología, de la luxación de rótula como son los siguientes métodos:

METODO DE INSALL-SALVATI.

En la placa lateral de la rodilla con 30° de flexión, se mide la longitud del tendón patelar y el radio de la longitud de la rótula, los cuales tienen una relación de 1:1 como normal. Cuando la longitud, del tendón excede en más del 20% la longitud de la rótula, esta se localiza a un nivel anormalmente elevado, condicionando de esta manera la posible luxación recidivante y la condromalacia.

LA FORMA DE MEDICION ES LA SIGUIENTE:

Se solicita una proyección lateral de rodilla con flexión de 30°. Se realiza la medición desde la base de la tuberosidad tibial anterior al ápndice de la rótula representada esta en centímetro, la cual la nombramos con la letra "T".

Utilizaremos la letra "P", para representar la longitud diagonal de la rótula desde el borde superior de la rótula al ápice de esta. Una vez obtenido el resultado de ambas, se efectúa la división de T/P. una relación mayor de 1:1.2 se considera como normal.

(ver figura en el recuadro siguiente.)

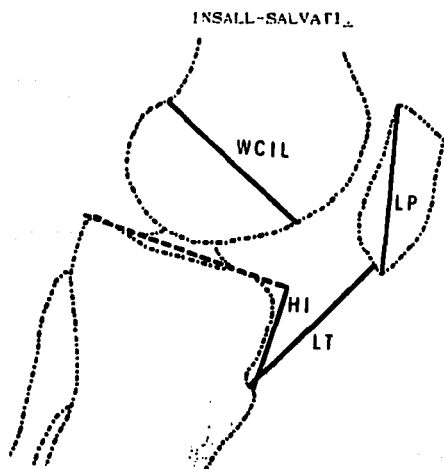
METODO DE BLUMENSAAT.

Estableció que en una radiografía lateral con la rodilla en 30° de flexión, el polo inferior de la rótula debe encontrarse en una línea que se proyecta hacia

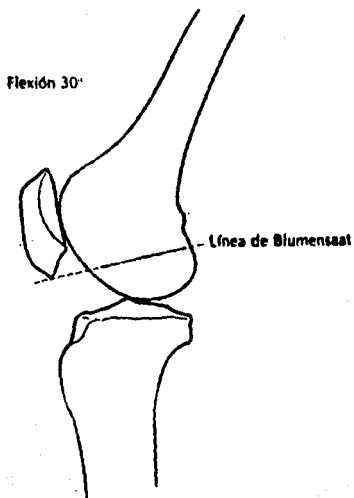
adelante desde el surco intercondileo (línea de Blumensaat).

LA FORMA DE MEDICION ES LA SIGUIENTE:

Se solicita una proyección lateral de rodilla con flexión de 30° posteriormente se traza una línea a través de la cicatriz transcondilar, apreciada radiográficamente como una línea esclerótica y proyectada ventralmente. En condiciones normales, el polo inferior de la rótula se situa justamente a través de la línea mencionada. Se considera rótula alta cuando se encuentra por encima de esta y rótula inferior lo contrario. (ver figura en el recuadro siguiente)



BLUMENSAAT .



MATERIAL Y METODO:

Se efectuó estudio prospectivo longitudinal y experimental. De pacientes llegados al servicio de Urgencia del Hospital de Traumatología de las Salinas, en el periodo comprendido de Febrero a Octubre del 89, con diagnóstico de Luxación Recidivante de Rótula.

Se captaron en éste periodo de tiempo 10 pacientes como universo para el presente estudio. Estos pacientes captados en Urgencia y canalizados al servicio de Trauma A, se les efectuó a cada uno de ellos historia clínica y exploración dirigida de rodilla con estudios complementarios de RA con proyecciones anteroposteriores, laterales y vistas axiales en 30°, 60°, 90°. Los criterios que se tomaron para inclusión de los pacientes:

1.-Ambos sexos. 2.- Luxaciones recidivantes postraumática. 3.- Paciente entre la segunda y cuarta década de la vida.

Los criterios de exclusión de los pacientes fueron:

1.- Inestabilidad de la rodilla por lesión de ligamentos. 2.- Anteversión de cuello femoral o rotación interna de fémur. 3. Rotación externa de tibia. 4.- Hipoplasia o displasia de rótula. 5. Hipoplasia de condilo femoral.

Los criterios de no inclusión: Pérdida del paciente por abandono del control.

Los diez pacientes cumplieron con todos los requisitos de inclusión, uno de éstos pacientes presentó antecedente de luxación recidivante bilateral de rótula, por lo que se hicieron 11 procedimientos quirúrgicos, todos ellos realizados por el mismo equipo quirúrgico. Todos los pacientes se manejaron como ambulatorios ingresando el mismo día de su procedimiento quirúrgico el cual una vez efectuado pasaron a recuperación en el postoperatorio inmediato y seis horas después fueron valorados para su envío al domicilio, con cita de control a los 3 días y a los 10 días para retiro de puntos de sutura e inicio de rehabilitación, con control mensual hasta su alta.

Para su valoración preoperatoria se tomaron en cuenta los siguientes parámetros: Dolor, Arcos de movilidad, Tono muscular (cuadriceps), Marcha y Número de luxaciones. Cada criterio se clasificó en bueno, regular y malo.

DOLOR: Bueno- sin dolor o ligero dolor. Regular- dolor en la actividad y sin dolor en reposo. Malo- dolor en la actividad mínima.

ARCOS DE MOVILIDAD: Bueno- sin limitaciones. Regular - movilidad mayor de 90°. Malo- movilidad menor de 90°

TONO MUSCULAR: Bueno - vence resistencia sin atrofia. Regular- vence resistencia con atrofia. Malo- no vence resistencia con atrofia.

MARCHA: Bueno- patron de marcha normal. Regular- inicia normal y después de una actividad física se torna antálgica. Malo- marcha antálgica.

NUMERO DE LUXACIONES: Bueno- no luxaciones. Regular - sensación de luxación. Malo - luxación.

De los 10 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, con 11 rodillas afectadas uno de ellos bilateral.

Se presentó predominio del sexo femenino con 6 pacientes y 4 del sexo masculino, con una edad promedio de 22 años con un rango de 17 a 29 años de edad, siendo

el lado izquierdo el más afectado con 7 rodillas y 4 derechas. El número de luxaciones con un mínimo de 3 y un máximo de 6. En 5 de estos pacientes su primera luxación fué durante una práctica deportiva. En los parámetros preoperatorios encontramos que: El dolor: bueno en cero rodillas, regular en 7 rodillas y malo en 4 rodillas. Los arcos de movilidad: bueno en 8 rodillas, regular en 2 rodillas y malo en 1 rodilla. La marcha: bueno en 4 pacientes, regular en 6 pacientes. El tono muscular: bueno cero, regular 10 rodillas, malo 1 rodilla.

Todos los pacientes el manejo de sus anteriores luxaciones fue en forma conservadora con inmovilización por diferentes periodos de tiempo.

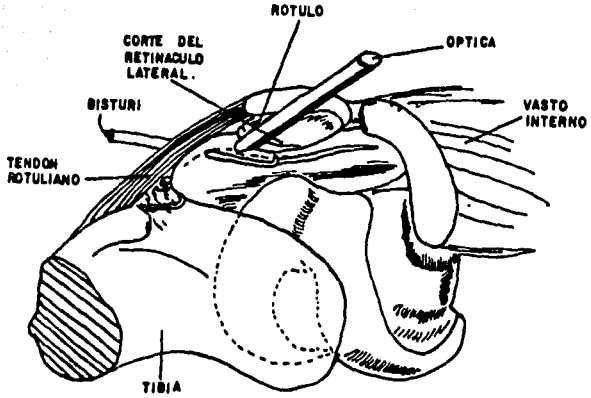
TECNICA QUIRURGICA:

Se practicó artroscopia diagnóstica siguiendo los lineamientos establecidos para la exploración de la rodilla según técnica Europea, y seguidamente se procede a abordar a la liberación del alerón lateral según Metcalf RW (descrita en Campbell). Realizado esto, se continúa con la liberación del alerón medial y plicatura diseñada por el Dr. Carriedo los siguientes pasos: Bajo visión artroscópica se libera el alerón medial con bisturí de Smith de proximal a distal aproximadamente a 0.5 cms de la rótula longitudinalmente, y aproximadamente 5 cms de largo acto seguido se hace plicatura de éste alerón con puntos subcutáneos que se practico con aguja de Tuohy o aguja grande curva con material de sutura polydex número 2.

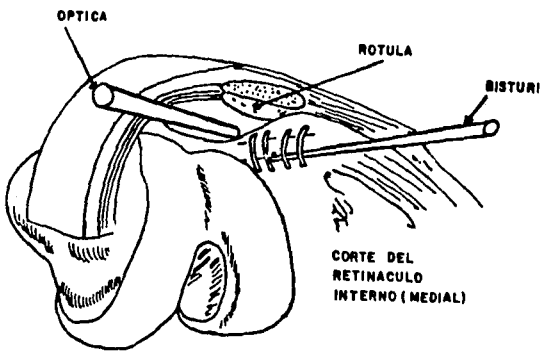
Se colocan puntos separados entre sí 1 cm, para un total de cuatro puntos; con los que se logra plicar el alerón medial, logrando con ésto la realineación y tensión de la rótula. (ver fig. siguientes).

Esto se comprueba con movimientos de flexo-extensión bajo visión artroscópica y antes de retirar la izque-
mia, se coloca un gruesa compresa sobre el borde late-
ral y superior de la rótula para comprimir los vasos
geniculares seccionados para evitar hemorragia, el que
se retira dos horas después dejando solo un vendaje
almohadillado. Una vez recuperado, se da de alta a su
domicilio.

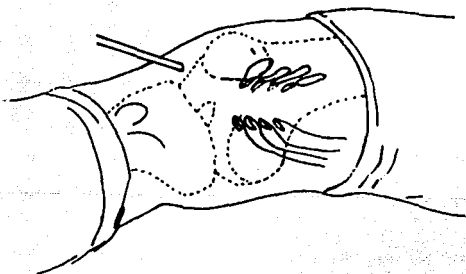
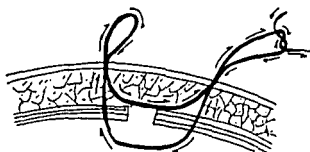
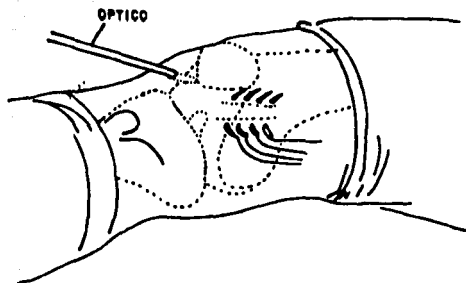
ESQUEMA DE LIBERACION DE RETINACULO LATERAL.



ESQUEMA DE LIBERACION DE RETINACULO MEDIAL.

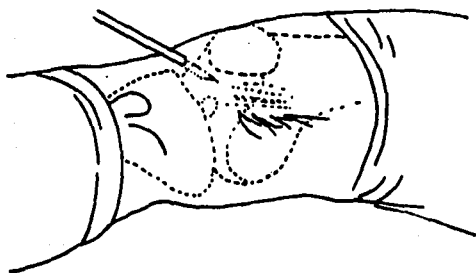
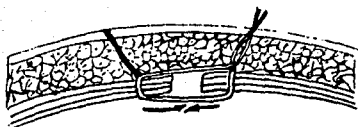


TECNICA DE Plicatura DE ALERON MEDIAL. CON PUNTOS SUB-
CUTANEOS



PASO DE PUNTOS DE SUTURA REGRESO A PUNTO DE ENTRADA.

PASO FINAL DE PLICATURA DE ALFRON MEDIAL.



VISTA FINAL

FOTO QUIRURGICA DEL PROCEDIMIENTO DE PLICATURA MEDIAL.



RESULTADOS:

De los 11 procedimientos realizados en 10 pacientes encontramos los siguientes hallazgos quirúrgicos: Los 11 presentaron condromalacia, 8 con grado I, 2 con grado II, y 1 con grado III. Dos con lesiones de menisco las que fueron regularizadas. Una hipertrofia sinovial, sinovitis reactiva y una plica ventral medial.

Todos se evaluaron al tercer día del post-operatorio, sin observarse datos de infección ni hemartrosis y a los 10 días se retiraron puntos de sutura. Se inicio rehabilitación y apoyo progresivo a total, en la valoración final:

Dolor. Bueno en 7 rodillas. Regular en 4 rodillas.

Malo en 0 Rodillas.

Marcha: Bueno en 10. Regular en 1. Malo en 0 paciente

Arco de movilidad: Bueno en 9 rodillas. Regular en 2 rodillas. Malo en 0 rodillas

Tono muscular: Bueno en 9 cuádriceps. Regular en 2. Malo en 0.

No se presentaron recidivas postoperatorias, solo dos presentaron sensacion.

Complicaciones: Infecciones ninguna, hemartrosis ninguna, en dos pacientes se presentó dolor en el sitio de los puntos de sutura.

DISCUSION:

Hemos presentado una nueva alternativa de solución terapéutica para la Luxación recidivante de rótula por artroscopia. Se realizaron 11 procedimientos en los pacientes con mejoría de todos ellos. Usando un procedimiento menor, sencillo y poco agresivo, con técnica en partes blandas, se realiza la realineación del aparato extensor.

Dejando una evolución postoperatoria corta, con rápida reintegración a las labores habituales y deportivos y sin grandes alteraciones estéticas.

La Luxación se presentó en el preoperatorio en un rango de 3 a 6 y sensación frecuente de inestabilidad de la rótula, siendo éstos signos cardinales para la presentación del paciente al servicio y solicitar su ma-

nejo quirúrgico. Posterior al mismo no hemos observado luxaciones y sólo en dos rodillas tuvieron la sensación de inestabilidad, sin llegar a luxarse, éstos son los que presentan mayor hipotrofia del cuádriceps .

El dolor no era el signo cardinal, pero estuvo presente en la mayoría, 7 rodillas, después de actividad física, sin tomar en cuenta el dolor que se presenta inmediatamente después de la luxación y días siguientes. En la valoración a las 8 y 12 semanas se encontró una mejoría muy importante del dolor en la gran mayoría de los pacientes.

En cuanto a los Arcos de movilidad, debemos mencionar que ésta es una patología que no reduce la movilidad de la rodilla en terminos generales. Podemos decir que un 75% de los casos tenían en el preoperatorio su movilidad normal. En el postoperatorio no se modifico, quedando completa en un 82% de los pacientes.

La marcha mejoró en todos los pacientes al igual que el tono muscular. Sólo dos pacientes continúan con atrofia muscular y presentan marcha antálgica a la actividad física.

RESUMEN:

Se presentó estudio prospectivo lineal de 10 pacientes, (8 meses de evolución el más largo) en los que se practicaron 11 procedimientos artroscópicos para la luxación recidivante de rótula.

Se obtuvo un buen resultado en más del 82% de los casos y sin presentarse recidiva de luxación en ninguno de ellos. No se observaron complicaciones postoperatoria de infecciones o hemartrosis.

Creemos que es un procedimiento sencillo, rápido y con reintegración pronta a la vida laboral. Se debe tener en cuenta como un método quirúrgico más para la atención de éstos pacientes con luxación recidivante de rótula, con los criterios ya mencionados. El pre-

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

sente trabajo es el inicio de un estudio que se continuara para ser valorado a largo plazo.

BIBLIOGRAFIA:

41

- 1- Caillet R. Síndrome Doloroso de la Rodilla. 2Th ed. Mexico. Manual Moderno. 1984.
- 2- Campbell. Cirugía Ortopédica. 6Th. ed. Buenos Aires Argentina ed. Medica Panamerica. 1981:463-467.
- 3- Campbell. Cirugía Ortopédica. 7Th. ed. Buenos Aires Argentina. Ed. Medica Panamericana, 1988:2511-2514.
- 4- Carson RW. Arthroscopic Meniscectomy. Orthop Clin North Am. 1979;10:619-627.
- 5- Chen SC; Ramanathan EP. The treatment of patellar instability by lateral release. J Bone Joint surg (BR) May 84 (3):344-348.
- 6- Crosby EB; Insall J. Recurrent dislocation of the patella Jbone Surg 76;9:51-53r
- 7- Dandy DJ; Griffiths D. Lateral release for recurrent dislocation of the patella. J Bone Joint Surg (BR) Jan; 89(1)121-125.
- 8- Ficat,P;and Hungerford, DS. Disorders of the Patello-femoral Joint. Baltimore, Williams.-Wilkins.
- 9- Geist ES. Arthroscopy preliminary report. J Lancet (Minneapolis) 46;306-307.
- 10- Hauser EW; Total tendon transplant for Slipping Patella. Surg. Gynecol. Obstet; 66:199. 1938.
- 11- Hughston JC; Deese M. Medial subluxation of the patellas a complication of lateral retinacular release. Am J Sports Med Jul-Aug;88(4):383-388.
- 12- Insall JM. Cirugía de la rodilla. Argentina. Ed. Medica Panamericana. 1986:217-234.

- 13- Marques J; Barcelo P. La artroscopia. Barcelona. Printer Industrias Graficas SA.1977.
- 14- Merchant AC; Mercer RL. Lateral release of the patella. Orthop. 1974:103-140.
- 15- Metcalf RW. Arthroscopy method for lateral release of dislocating patella. Clin Orthop. 1982 Jul:(167): 9-18.
- 16- O'Connor R, Arthroscopy. Philadelphia. JB. Lippicott 1977.
- 17- Yamamoto RK. Arthroscopy repair of the medial retinaculum and capsule in acute patellar dislocations. Arthroscopy 1986;2(2):125-131.
- 18- Watanabe.M. Takeda S. and Ikeuchi H; Atlas of Arthroscopy. Tokyo. Igaku Shoin Ltd. 1969.