

HEMIARTROPLASTIA DE RODILLA CON PRÓTESIS DE SBARBARO

*M. Rull González; J. Jiménez Alcázar; R. Valladares Rivera. **

Las grandes secuelas incapacitantes provocadas por una artrosis deformante o por artritis reumatoide en la articulación femoro-tibial, hasta hace pocos años solo tenían una solución, la artrodesis de rodilla. Era solución antiálgica y aceptable bajo un punto de vista funcional en casos unilaterales. El problema terapéutico surgía en casos bilaterales ante los cuales nos encontrábamos desarmados terapéuticamente.

Hasta hace pocos años los intentos de una cirugía funcional, iniciados por VERNUIL hace poco más de un siglo, solo proporcionaron resultados muy aleatorios. Con las máximas perfecciones técnicas, las interposiciones de fascia lata, piel conservada, albugínea de testículo de toro etc. apenas se llegaban a alcanzar un 40% de resultados funcionales buenos, ya que las inestabilidades postoperatorias, dolor y reanquiosis, eran el corolario del porcentaje restante.

Desde 1950 con el empleo de las prótesis de Vitalium, iniciadas por Me KEEVER y TOWNLEY entramos en un período donde los resultados funcionales alcanzan un mayor porcentaje de éxitos. Después de nuestra experiencia con las prótesis de Me INTOSH, desde 1968 hasta hace 2 años, a la vista de

los resultados conseguidos, optamos por el empleo sistemático de la modificación hecha a esta prótesis por SBARBARO, al evitarse con ello la expulsión de la prótesis, circunstancia que algunos autores trataban de evitar con la cementación de la Me INTOSH, y por otra parte, con el empleo de esta prótesis se pueden obviar pequeños fallos en la selección en la prótesis de Me INTOSH en un caso determinado, lo que permite una mayor generalización de esta técnica, en manos no muy especializadas. Las indicaciones son las mismas que las de la prótesis de Me INTOSH:

—Artrosis con desviación en valgo o en varo, en las que pueden conseguirse una alineación correctora.

—Artrosis con subluxaciones, en las que con esta interposición se puede conseguir un restablecimiento de las superficies articulares, con retensado del ligamento lateral correspondiente al espacio más pinzado. La resección ósea de la meseta tibial, así como la capsulotomía posterior permite la corrección del flexum. A ello puede asociarse una sinovectomía, una pateloplastia o patellectomía. Por sistema al igual que cuando empleábamos la prótesis de Me INTOSH hacemos las perforaciones de PRIDIE, en las

zonas condensadas de los cóndilos femorales.

Las contraindicaciones absolutas: en los casos con gran atrofia ósea o las artropatías neurológicas. Las contraindicaciones relativas son las desviaciones varas o valgas muy pronunciadas, casos donde hay una gran atrofia muscular y en aquellos otros en que psíquicamente no son aptos para colaborar en el período reeducacional.

Las complicaciones están en relación con la infección postoperatoria inmediata, las desviaciones secundarias que pueden surgir siempre están en relación con la elección de un tamaño inadecuado, en los cuales por falta de apoyo cortical periférico, pueden dar lugar a un hundimiento secundario de la prótesis en la esponjosa de la metáfisis tibial.

Los resultados hasta ahora conseguidos nos estimulan a continuar con el empleo de estas prótesis, si bien comprendemos que el período de observación aún, es relativamente escaso.

H.C. 7.639 A.C.P. de 63 años de edad, con algia izda. de 20 años de evolución, con crisis reiterativas de dolor, limitación

* Sevilla, España,

funcional e hidrartrosis. Estas crisis mejoran después de unas horas de reposo en cama, desde hace 6 años viene con la misma fenomenología clínica en rodilla derecha. En la exploración clínica hay un varismo en ambas rodillas, con atrofia muscular de ambos cuádriceps, mas marcada en rodilla izda. y con dolor a la palpación de ambas interlíneas mediales. No hay limitación manifiesta de la movilidad, ni encontramos ningún signo de inestabilidad articular. Exploración radiográfica, (fig. 1-2).

El 16-V-73 en la artrotomía de PAYR, encontramos degenerada la superficie de apoyo del cóndilo femoral tibial, así como en la escotadura intercondilea. Se hace perforaciones a lo PRIDIE en cóndilo femoral tibial, menisectomía medial y preparación del lecho tibial para la colocación de la prótesis y plastía del ligamento adiposo, (Fig. 3-4).

En la rodilla dcha. se encuentra una degeneración intensa del cartílago condúeo femoral medial, menisco medial muy degenerado por lo que se hace menisectomía, el cartílago articular de la rótula muy degenerado, haciéndose una pateloplastía, osteotomía del platillo tibial medial con estabilización postoperatoria con injerto en cuña.

La reeducación postoperatoria, fue satisfactoria. La paciente se encuentra con una corrección de su deformidad vara habiéndose conseguido una recuperación completa, (fig. 5-6).

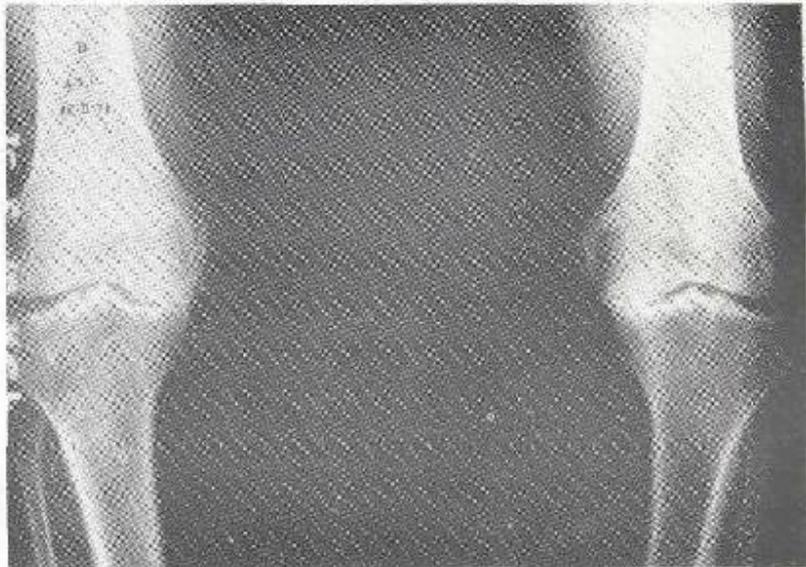


Figura 1. Radiografía anteroposterior de ambas rodillas, genu varum artrosico con pinzamiento total de la interlínea medial.



Figura 2. Artrosis femoropatelar bilateral con proliferaciones osteofíticas en condilo femoral postero Medial.



Figura 3. Prótesis de Stribar y perforaciones de Pridie en cóndilo medial de rodilla izquierda. Osteotomía de platillo tibial con injerto de cresta iliaca, Pridie de cóndilo femoral tibial en rodilla derecha y corrección conseguida.



Figura 4. Pateloplastia bilateral de rodilla.

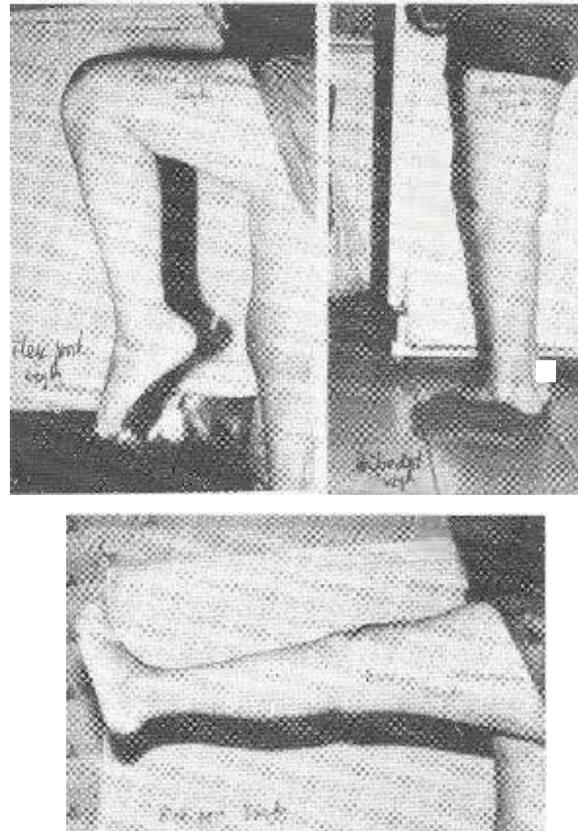


Figura 5.

Recuperación postoperatoria conseguida en rodilla izquierda.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ANDERSON, G.B.; Macintosh Arthroplasty in rheumatoid arthritis. *Acta Orthop. Scand.* 45, p. 245 (ing.).
- 2.- DENAR, F.P.; Macintosh prosthesis in rheumatoid arthritis. *J. Bone Joint Surg.* 50 B.p. 677, 1968, (ing.).
- 3.- HASTINGS, D.E.; Double hemiarthroplasty of the knee in rheumatoid arthritis. A survey of fifty consecutive cases. *J. Bone Joint Surg. (Br)* 55, p. 285, 1973, (Ing.).
- 4.- HENDERSON, E.D.; Experience with the use of the Macintosh prosthesis in Knees of patients with rheumatoid arthritis. *Stj. Med. J. (Bgham Ala)* 62, p. 1311, 1969 (ing.).
- 5.- JAVI, L.; Experiences with Macintosh's hemiarthroplasty of the knee joint. *Arch. Orthop. Unfallchir* 75, p. 81, 1973, (ing.).
- 6.- JESSOP, J.D.; Follow-up of the Macintosh arthroplasty of the knee joint. *Rheumatol. Phys Med.* 11, p. 217, 1972, (ing.).
- 7.- KATES, A.; Experiences of arthroplasty of the rheumatoid knee using Macintosh prosthesis. *Ann Rheum. Dis* 28, p. 328, 1969, (ing.).
- 8.- KATES, A.; Macintosh arthroplasty of the rheumatoid knee. *Acta Orthop. Belg.* 58, p. 91, 1972, (Ing.).
- 9.- KA Y, N.R.; The Macintosh tibial plateau hemiprosthesis for the rheumatoid knee. *J. Bone Joint Surg. (Br)* 54, p. 256, 1972, (ing.).
- 10.- Mc COLLUM, D.F.; Tibial plateau prosthesis in arthroplasty of the knee joint. *J. Bone Joint Surg (Brit)* 52, p. 827. 1970, (ing.).
- 11.- MacINTOSH, D.L.; Arthroplasty of the knee in rheumatoid arthritis. *J. Bone Joint Surg.* 48 B, p. 179, 1966. (ing.).
- 12.- MacINTOSH, D.L.; The use of the hemiarthroplasty prosthesis for advanced osteoarthritis and rheumatoid arthritis of the knee. *J. Bone Joint Surg. (Br).* 52- p. 244, 1972 (ing.).
- 13.- MacINTOSH, D.L.; Hemiarthroplasty of the knee using a space occupying prosthesis for painful varus and valgus deformities. *J. Bone Joint Surg* 40 A, p. 1431, (ing.).
- 14.- MacINTOSH, D.L.; Arthroplasty of the knee in rheumatoid arthritis using the hemiarthroplasty prosthesis. 2nd International Symp. in Basle, Switzerland-Edited by George Chapchal, Stuttgart, Thieme, 1967. (ing.).
- 15.- POTTER, T.A.; Arthroplasty of the knee with tibial implant of the Meckeever and Macintosh design. *Surg. Clin. North Am* 49 p. 903, 1969, (ing.).
- 16.- POTTER, T.A.; Arthroplasty of the knee in rheumatoid arthritis and osteoarthritis: A follow-up study after implantation of the Meckeever and Macintosh prosthesis. *J. Bone Joint Surg.* 54 A, p.m. 1972 (Ing.).
- 17.- RANAIRAT, C.A.; Macintosh hemiarthroplasty in rheumatoid knee. *Asta Orthop Belg* 39, p. 102, 1973, (ing.).