



Osteotomía de Apertura de Rodilla



Chiesa G., Benítez Gil G., Bonetto F., D'Elía M., Turus .L., Martínez Lotti G.
Centro de Ortopedia y Traumatología. Rosario, Argentina
Grupo Gamma. Red Integrada de Salud. Rosario, Argentina

Introducción

La artrosis puede ser de etiología mecánica como consecuencia de un desequilibrio entre la resistencia biológica de la articulación y una sobrecarga mecánica.

El objetivo de este trabajo fue evaluar nuestros resultados con la osteotomía de apertura tibial, influencia de la misma en la altura patelar e inclinación anteroposterior de la meseta tibial proximal.

Material y Métodos

En nuestra práctica hemos realizado 126 osteotomías de apertura con técnica de Pudú. De las mismas hemos realizado un estudio retrospectivo sobre 74 osteotomías de apertura realizadas en 62 pacientes, entre enero de 2004 y diciembre de 2013.

Los criterios de inclusión de este estudio son pacientes en los que se realizó la osteotomía de apertura, con gonartrosis del compartimento medial estadios Ahlback 1,2 y 3, artrosis patelofemoral leve, paciente motivado, <65 años, sin contracturas, con una movilidad mayor de 90°, varo <20° y rodillas estables.

Se excluyeron los pacientes en los que se realizó algún tipo de plastia ligamentaria asociada a la osteotomía, cirugía previa del aparato extensor, seguimiento menor de 24 meses y aquellos pacientes que se le efectuó osteotomía de apertura con otro método de osteosíntesis que no fuera la placa.

Se evaluó mediante el Oxford Score y el Knee Score Society, el índice de Insall Salvatti, Blakburne Peel, Caton Deschamps y la pendiente tibial.

Resultados

Los pacientes intervenidos quirúrgicamente fueron 40 varones y 22 mujeres. La edad media fue de 54 años, con una mínima de 39 y una máxima de 64. El seguimiento medio de los pacientes fue de 38 meses, con una mínima de 24 meses y una máxima de 72 meses

10°	15 casos
12,5°	38 casos
15°	8 casos
17,5°	2 casos

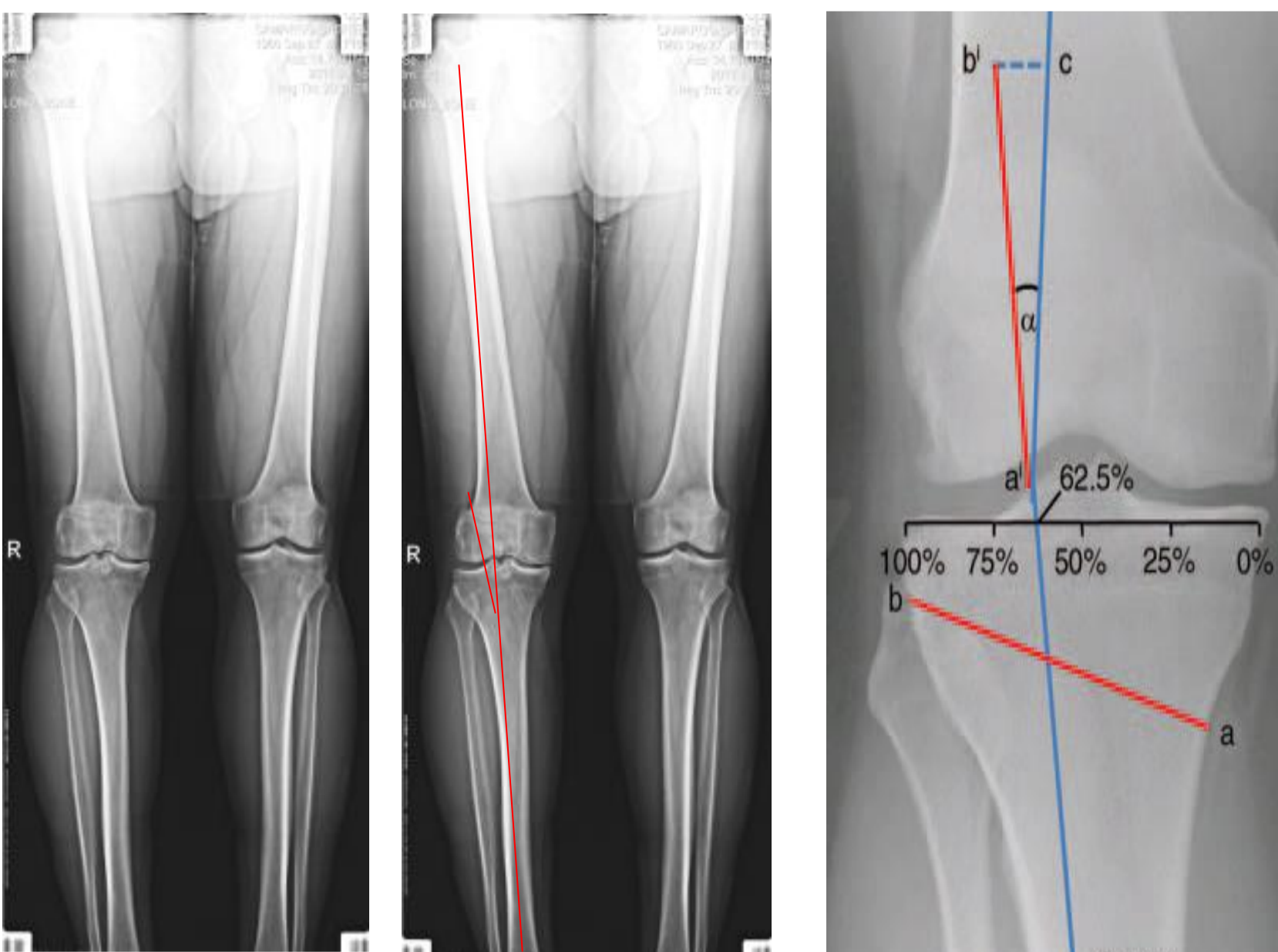
Grados de apertura de la placa de Pudú.
Tabla 1

	HSS	Knee Society Knee Score	Knee Society Functional Score	Oxford Score
Preoperatoria	60.31 (35-85)	35 (0-60)	53 (15-70)	20.6 (7-29)
Posoperatoria	85.01 (52-90)	80 (35-90)	83 (30-90)	35 (17-45)

Evaluación clínica. Tabla 2

	Preoperatoria	Posoperatoria
Corrección Coronal	25.5% (5%- 41%)	54% (35%-65%)
Insall-Salvatti	1.05 (0.68-1.38)	0.90 (0.52-1.30)
Caton-Deschamps	0.98 (0.50-1.55)	0.82 (0.50- 1.52)
Blackburne-Peel	0.92 (0.50-1.30)	0.72 (0.44-1.20)
Slope Sagital	9 (3-15)	12 (3-17)

La evaluación radiográfica en las proyecciones antero posterior y laterales. Tabla 3



Dentro de las complicaciones sufridas durante el tratamiento encontramos 2 infecciones superficiales, 1 Tvp, 2 fracturas del platillo tibial externo, 8 fracturas de la cortical externa. De estas fracturas, en 5 casos se las diagnosticó en el mismo acto quirúrgico y se realizó osteosíntesis de la cortical externa por otro vía, en 2 casos se prolongó la inmovilización y 3 evolucionaron a la pseudoartrosis con ruptura de tornillos y fueron tratadas con osteosíntesis con placa y aporte de injerto óseo.

Discusión

En este trabajo reflejamos las ventajas de la osteotomía de apertura al no actuar sobre el peroné, evitando lesiones neurológicas o problemas de pseudoartrosis del mismo, movilidad precoz y corrección más exacta del eje del miembro inferior. La evaluación clínica reflejó una mejoría en todos los scores utilizados al año de la intervención quirúrgica.

Conclusión

La osteotomía de apertura tibial proximal es una alternativa válida para los pacientes afectados de genu varo artrosico, pudiendo aumentar la supervivencia articular y su calidad de vida. Dado la influencia sobre la altura rotuliana y la alteración en el plano sagital de articulación tibial proximal, se debe ser muy cauto en su indicación en pacientes con insuficiencia del ligamento cruzado anterior o con rotula baja preexistente.

Bibliografía

1. Jackson JP, Waugh W. Tibial osteotomy for osteoarthritis of the knee J Bone Joint Surg (Br) 1961; 43-B:746-51.
2. Coventry MB. Osteotomy of the upper portion of the tibia for degenerative arthritis of the knee: A preliminary report. J Bone Joint Surg (Am) 1965; 47-A:984-90.
3. Rand JA, Neyret P. Osteotomies around the knee: patient selection, stability of fixation and bone healing in high tibial osteotomies. ISAKOS meeting on the management of osteoarthritis of the knee prior to total knee arthroplasty. ISAKOS Congress 2005.
4. Brinkman JM, Lobenhoffer P, Agneskirchner JD, Staubli AE, Wymenga AB, Van Heerwaarden RJ. Osteotomies around the knee: patient selection, stability of fixation and bone healing in high tibial osteotomies. J Bone Joint Surg (Br) 2008; 90-B:1548-57.
5. Amendola A, Bonasia DE: Results of high tibial osteotomy: Review of the literature. Int Orthop 2010;34(2):155-160.
6. Amendola A: Unicompartmental osteoarthritis in the active patient: The role of high tibial osteotomy. Arthroscopy 2003;19 suppl 1:109-116.
7. Insall J, Salvati E. Patella position in the normal knee joint. Radiology.1971;101(1):101-104.
8. Blackburne JS, Peel TE. A new method of measuring patellar height. J Bone Joint Surg Br. 1977;59(2):241-242.
9. Caton J, Deschamps G, Chambat P, Lerat JL, Dejour H. Patella infera: apropos of 128 cases. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.1982;68(5):317-325.
10. Pietrini SD, LaPrade RF, Griffith CJ, Wijdicks CA, Ziegler CG. Radiographic identification of the primary posterolateral knee structures. Am J Sports Med. 2009;37:542-551.
11. Dugdale TW, Noyes FR, Styer D: Preoperative planning for high tibial osteotomy: The effect of lateral tibiofemoral separation and tibiofemoral length. Clin Orthop Relat Res 1992;(274):248-264.

