

GENU VARO CON DEFECTO ÓSEO TIBIAL MEDIAL: USO DE AUTOINJERTOS EN LA ARTROPLASTIA.

Fernando Trell Lesmes*, Francisco Javier Fernández Doral*, Mónica Martínez Maside*, Alfonso Utrillas Compairé**.

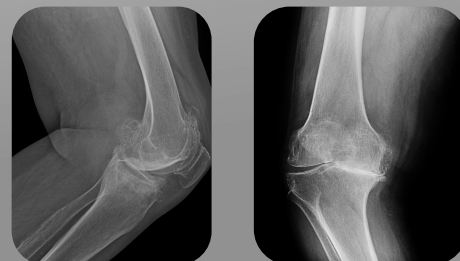
*Hospital Universitario de Fuenlabrada, ** Hospital Universitario de Guadalajara

INTRODUCCIÓN:

El objetivo final cuando realizamos una artroplastia de rodilla es conseguir una articulación con una rango de movilidad funcional estable, un eje de la extremidad normo-alienado y con unos implantes fijos y duraderos en el tiempo. En aquellos pacientes con genu varo marcado con una deformidad intraarticular con defecto óseo en el platillo tibial medial, planificaremos la altura del corte, como rellenar o tratar dicho defecto y la necesidad de usar vástagos tibiales. Debemos conseguir un correcto balance ligamentoso con una articulación estable. Si fuera necesario se recurrirá a implantes más constreñidos.

OBJETIVO:

Describir el manejo de deformidades intararticulares en genu varo artrósico con defecto óseo en la zona póstero-medial de la tibia. El uso de injerto óseo autólogo de hueso extraído de los cortes femorales para el relleno del defecto, supone un recurso técnico en este tipo de escenario con defectos tibiales contenidos y no contenidos.



MATERIAL Y MÉTODO:

Se presenta el caso de una paciente de 60 años con un genu varo artrósico de 14° izquierdo en el que se realiza una artroplastia total de rodilla. Realizamos una abordaje parapatelar medial con luxación de la rótula y liberación de partes posteromediales con resección de osteofitos. Se identifica defecto en zona póstero-medial de platillo interno. Realizamos cortes femorales y tibiales. Comprobamos espacios en flexión y extensión. Se suplementa con injerto óseo extraído de los cortes femorales, mediante una fijación temporal con agujas de Kirschner y la colocación de un platillo tibial cementado y con vástago. Se le protegió con carga parcial con 2 muletas durante 6 semanas.



RESULTADOS:

Tras 5 años de seguimiento los resultados son satisfactorios. La unión ósea se evaluó con radiografías con una proyección AP en carga y lateral. La corrección de la alineación preoperatoria se logró y mantuvo hasta el seguimiento final. Las puntuaciones postoperatorias del ángulo de la función mostraron una mejoría significativa.

CONCLUSION:

- En defectos óseos no contenidos menores de 5 mm de profundidad, cruentaremos y perforaremos el hueso esclerótico y lo rellenaremos con cemento.
- En defectos mayores de 5 mm realizaremos una resección con sierra para retirar todo el hueso esclerótico y avascular creando una superficie estable. Usaremos injerto autólogo obtenido de los cortes femorales para tallar y rellenar el defecto. Lo fijamos temporalmente con 2 A-K de 2 mm paralelas a la superficie de la tibia y evitando la quilla/tetones/ vástago del implante tibial. Si el injerto es grande se puede fijar también con tornillos de esponjosa.
- También se pueden usar cuñas/suplementos metálicos cuando el hueso es muy avascular o de mala calidad.
- Emplearemos vástagos tibiales cuando el defecto es mayor de 1 cm de profundidad o la superficie es grande o cuando el hueso es muy osteoporótico.
- El injerto óseo autólogo es un método establecido para superar las deficiencias óseas en la artroplastia total de rodilla primaria. Sin embargo, recientemente, los aumentos de metal han sido utilizados por muchos cirujanos. Aunque el injerto óseo autólogo es una técnica usada, hay pocos estudios que hayan descrito su éxito en lograr la unión ósea en la ATR primaria. No hubo complicaciones locales, como la movilización de los implantes o el colapso de los injertos óseos. Los autores creen que el injerto de hueso autólogo dentro de la artroplastia de rodilla es un procedimiento relativamente simple y efectivo que proporciona una buena unión de hueso.