

**PRESENTACION DE ENFERMOS, RADIOGRAFIAS E INSTRUMENTOS**

**Prótesis rotacional de rodilla**

Dres. OSCAR VARAONA, RENE GOLDMANN\*

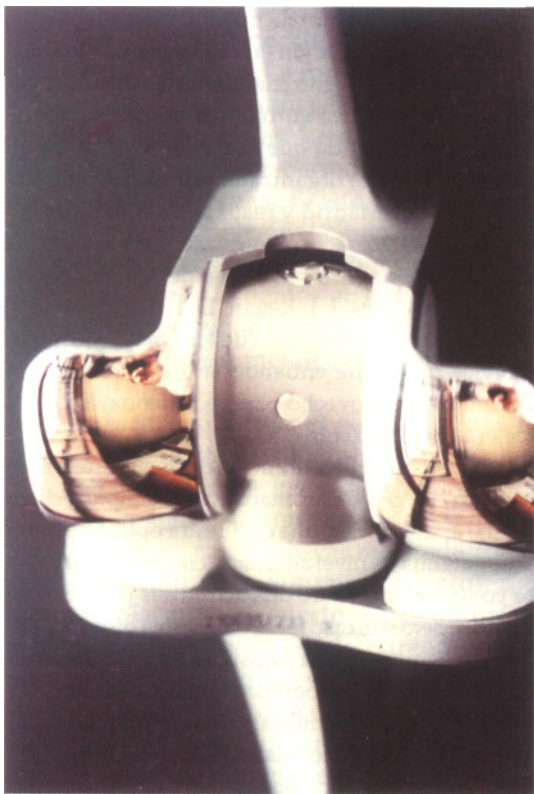


Fig. 1. Fotografía de la prótesis empleada para el paciente de la presentación.



Fig. 2. Fotografía demostrando la actitud que presenta el miembro inferior del paciente antes de la intervención quirúrgica. Nótese el severo valgo de rodilla.

La prótesis rotacional de rodilla es un modelo estabilizado, semiconstreñido, que permite rotación axial sobre su eje; acopla mediante un vástago central, no permitiendo en extensión completa ningún movimiento de rotación, pero aumentando progresivamente el mismo con la flexión de la rodilla (mi-

tando los movimientos fisiológicos de rotación de la tibia con respecto al fémur).

El reemplazo de rótula en este tipo de prótesis es excepcional.

---

\* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Interzonal General de Agudos "Eva Perón", San Martín, Provincia de Buenos Aires.



Fig. 3. Radiografía de rodilla en posición de frente. Puede apreciarse el valgo existente, la marcada artrosis en el compartimiento externo y la prácticamente ausencia de contención por insuficiencia del ligamento colateral medial.



Fig. 4. Radiografía de perfil de rodilla, demostrando un severo recurvatum.

La indicación para la implantación primaria está dada por destrucciones y deformidades graves con total inestabilidad ligamentaria, sea la misma de origen traumático, artrósico o artrítico.

En virtud de la versatilidad de esta prótesis, por su forma de construcción escalonada, la misma es utilizada en múltiples casos de revisión (Figura 1).

La presentación que nos ocupa es de un paciente de 58 años de edad, afecto de una grave inestabilidad ligamentaria consecuencia de múltiples lesiones deportivas relacionadas con la práctica de fútbol.

Entre sus antecedentes merece desatacarse una hemiplejía leve doce años atrás que recupera en forma prácticamente completa.

Las figuras siguientes muestran la realización de la maniobra del bostezo, previa (Figuras 2 y 3) y posterior a la realización de anestesia peridural.

La inestabilidad en sentido anteroposterior es clara de apreciar en las sucesivas figuras. Nótese el severo recurvatum (Figura 4).

### Técnica quirúrgica

Paciente intervenido bajo anestesia peridural.

Se realizó una incisión parapatelar medial de 20 cm (Figura 5). Sinovectomía completa de rodilla, desinserción del resto del ligamento lateral externo y cruzado posterior.

Las siguientes figuras muestran la apertura del canal femoral y los cortes destinados a la colocación del componente femoral.

Obsérvese que al realizar los cortes de adaptación a nivel condíleo se sacrifica poco hueso.

Con los cortes del componente femoral ya es rectificado el eje de la rodilla, y se procede al cementado del mismo.

Realización del corte para la colocación del componente tibial, tratando de que el mismo interese sólo el grosor equivalente al platillo protésico. El instrumento marca el eje tibial.

La apertura del canal medular con la raspa da finalización a la alineación tibial.

Previo reducción de prueba de la prótesis, se procede al cementado del componente tibial (Fi-



Fig. 5. Fotografía demostrando la actitud del miembro inferior en el postoperatorio inmediato. Nótese la cicatriz de la incisión pararrotuliana interna.

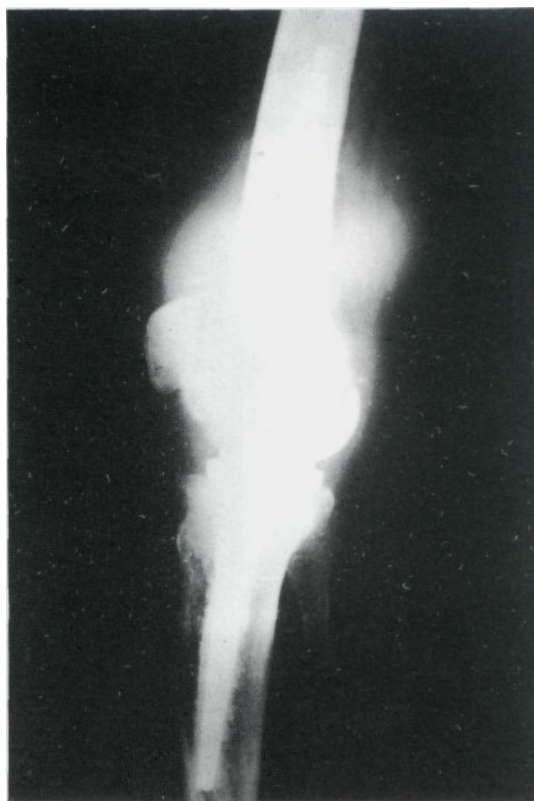


Fig. 6. Radiografía mostrando las características de la colocación de la prótesis.

guras 6 y 7). Control de movimiento. Cierre por planos.

#### **Manejo postoperatorio**

El paciente permanece las primeras 24 horas con la rodilla en extensión completa.

Retirados los drenajes, se coloca el miembro inferior en una CPM (de preferencia).

Deambulacion sin apoyo a la semana y carga del peso corporal a los 21 días.



Fig. 7. Otra radiografía donde se ven las características de la colocación de la prótesis.