

EL CLAVO MAS LARGO DE LA HISTORIA, O CÓMO RESOLVER DOS PROBLEMAS CON UN ÚNICO IMPLANTE

Autores: Alberto del Olmo Galeano, Ruth Barbero Ortega, Pablo Fernández-Villacañas Mínguez, Paula Velasco Alcalde, José Cordero Ampuero



OBJETIVOS

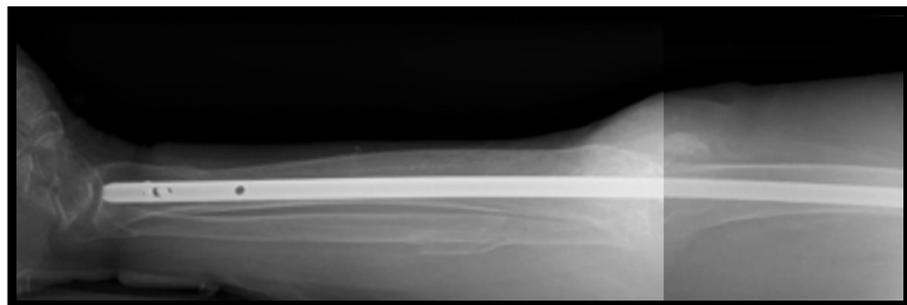
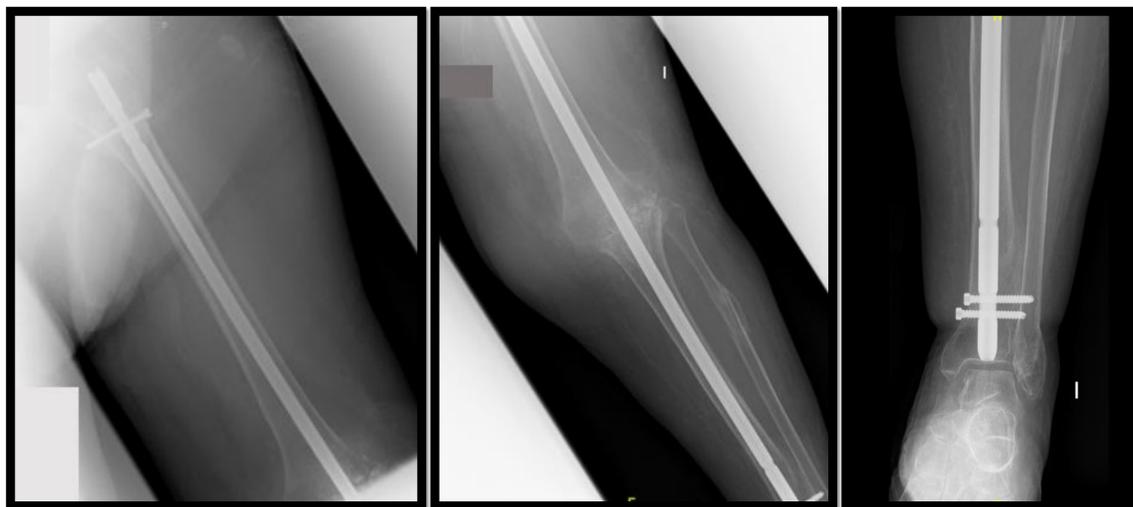
La inestabilidad tras prótesis total de rodilla (PTR) es una de las causas más frecuentes de cirugía de revisión. De entre sus posibles variantes, el recurvatum es una de las más desafiantes, en la cual se plantean como posibles tratamientos la revisión con una prótesis rotacional, el uso de un inmovilizador o la artrodesis.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Presentamos una paciente de 80 años operada de PTR izquierda veinte años atrás en circuito privado. Acude a nuestras consultas por inestabilidad en dicha rodilla tras cirugía deiringomielia cervicodorsal hace diez años, que le ha condicionado debilidad en miembro inferior izquierdo con dificultad para la marcha a pesar de utilización de inmovilizador. En radiografías se aprecia deformidad en recurvatum con subluxación posterior y desviación del eje en valgo debido a debilidad del aparato extensor y musculatura abductora. Debido al pobre estado funcional de la paciente, siendo dependiente para todas las actividades de la vida diaria e incluso necesitando ayuda para la deambulaci3n, se desestima indicaci3n de cirugía de recambio protésico tras considerar desproporcionado el balance riesgo-beneficio de la intervenci3n. Seis meses tras la visita, la paciente presenta caída de propia altura con traumatismo en rodilla y tobillo izquierdos, objetivándose una luxaci3n posterior de PTR izquierda, así como fractura diafisaria de tercio distal de tibia. Se intenta reducci3n cerrada bajo anestesia de la luxaci3n sin éxito.

RESULTADOS

En este contexto, se plantea como cirugía definitiva una artrodesis mediante clavo largo para tratamiento simultáneo de ambas patologías. En la cirugía se retiran los implantes previos y se coloca un clavo largo fresado y encerrojado de 660mm de longitud y 11.5mm de diámetro desde fosita piriforme hasta pil3n tibial a nivel subcondral. Seis meses tras la cirugía se consigue consolidaci3n de la fractura y artrodesis, eliminando el dolor y la inestabilidad de la paciente, habiendo comenzado la rehabilitaci3n y carga parcial.



CONCLUSIONES

La inestabilidad en recurvatum es una complicaci3n rara, motivada por un déficit del aparato extensor, en muchas ocasiones neuromuscular, que supone un reto para el cirujano ortopédico debido a las propias etiologías relacionadas con su aparici3n, limitando las opciones terapéuticas y el pronóstico final de su tratamiento.