

Cirugía reconstructiva de cadera y rodilla

Reflexiones, elogio y examen de conciencia

Considero propicio el momento para compartir una meditación sobre la cirugía reconstructiva de cadera y rodilla. El discurso se fundamenta especialmente en observaciones personales de los últimos 40 años de ejercicio profesional, durante los cuales me ha sido posible observar los resultados clínicos de pacientes tributarios de procedimientos terapéuticos vigentes en la primera mitad y mediados del siglo XX.

Asimismo, aprovechar para formalizar un elogio reconociendo cualidades y méritos del estado actual de la oferta terapéutica que es capaz de proveer la cirugía reconstructiva de cadera y rodilla.

¿Cómo eran en nuestro país hace 40 años los escenarios clínico y social de los pacientes con cadera o rodilla “pérdidas”, es decir en la etapa final de su padecimiento, cuando se consideran agotados los recursos conservadores de tratamiento?

Desde el punto de vista clínico-quirúrgico el paciente se hallaba frente a las siguientes familias de opciones quirúrgicas:

Artroplastia no protésica (ej.: Por resección modelante, por angulación)

Ejemplos extremos eran para la cadera las operaciones de Girdlestone (la cabeza femoral o su residuo se resecaba) y la resección angulación (el neofémur era modelado remedando un bastón canadiense; el trocánter menor serviría para el apoyo cotiloideo). La cadera aliviaría su síntoma. El miembro inferior quedaría acortado y la marcha sería claudicante.

En la rodilla se conjugaban la sinovectomía, la osteofitectomía y la puesta a plano de la superficie articular (una suerte de pulido) de la superficies articulares aún exponiendo al hueso subcondral. La rodilla quedaría no pocas veces “ballant”, con requerimiento de ortesis estabilizadora.

Osteotomía

La de rodilla era por regla hipercorrectora, la de cadera incluía frecuentemente un gesto deslizante. Respectivamente, se generaban una neo tibia proximal o un neo fémur proximal que desafiarían años más tarde a los cirujanos al procurar rescatar con artroplastia protésica (así nacieron los tallos acodados, en “báculo de pastor”).

El síntoma aliviaba, me atrevo a decir que para la rodilla no más de 10 años en la mayoría de los mejores casos. Cuanto mayor era la hipercorrección tibial se generaba un trastorno cosmético difícil de disimular.

Artrodesis

El alivio del dolor local era asegurado. La transferencia mecánica sería hacia las articulaciones proximal y distal: en el caso de la cadera la raquialgia sería frecuente y los pacientes llegarían a pedir la desartrodesis. En el caso de la rodilla, las mujeres se sentarían en oportunidad de rondas sociales del lado de la mesa que les permitiera ocultar su miembro tieso, ya no pasible de exponer con elegancia las piernas cruzadas.

En cualquiera de los casos descriptos, sobre todo cuanto mayor fuera la claudicación, se apreciaba con el paso del tiempo que el incremento del consumo de oxígeno exigía caro precio a los pacientes con insuficiencia cardiaca o restricción respiratoria.

Permítaseme recordar que para pacientes con ambas caderas pérdidas un modelo de plan terapéutico vigente a mediados del siglo XX era: artrodesis de un lado y Girdlestone contralateral.

Desde el punto de vista social, para las variedades de procedimientos comentados, en prácticamente todos los casos los pacientes en edad laboral ya no serían capaces de reintegrarse a sus tareas previas.

Vale tener en cuenta que hace 40 a 60 años la expectativa de vida era menor y el régimen vital era menos exigente. Así, por ejemplo, la observación de resultados de largo plazo de pacientes artrodesados ha sido realmente limitada (si los pacientes regresaban a la consulta, pobre era la oferta terapéutica).

En suma, la visión de la especialidad era centrada en el alivio del dolor. **Promediando el siglo XX, el repertorio quirúrgico ofrecía opciones válidas para satisfacer la expectativa medular del paciente: el alivio del dolor.**

Una cosa es el precio y otra (muy distinta) es el valor.

Los pacientes expresaron su satisfacción ante la merma del dolor; con el paso del tiempo, aspiraron a otros objetivos en el plano funcional y social. Así, recibimos en la consulta a alguno de los siguientes pacientes:

- Los que expresaban su deseo de recuperar “al menos algo” del movimiento perdido.
- Ilusionados por desarrollar una actividad recreativa.
- Hallar solución a una rodilla inestable y prescindir de una ortesis.
- Disneicos por la claudicación de la marcha.
- Deprimidos por el fracaso de la reinserción laboral.
- Preocupados por dificultades físicas en la vida sexual y en ocasión del mecanismo del parto.

El alivio del dolor ya no era suficiente

La artroplastia protésica es hoy capaz de proveer alivio del dolor y restauración del rango funcional de movimiento en el breve plazo.

- Los pacientes tienen una expectativa de vida más prolongada a la vez que muchos de ellos desean mantener actividad recreativa hasta etapas vitales avanzadas.
- Son cada vez más frecuentes las secuelas traumáticas que concluyen en caderas y rodillas “perdidas” en pacientes activos jóvenes y de edad intermedia.
- Son asimismo cada vez más frecuentes las fallas tempranas de las artroplastias protésicas, fundamentalmente por falencias de manufactura y /o de técnica quirúrgica. De tal modo, no son en absoluto excepcionales las primeras revisiones en etapas tempranas de la vida.

Así como uno no será mejor esquiador por usar tablas de alta competencia, el resultado de una artroplastia protésica no será necesariamente mejor por implantar una prótesis presentada en un stand comercial como de última generación.

Clave fundamental del éxito consiste en alinear diversos componentes de un complejo espectro:

- Identificación de las características clínicas del paciente
Anamnesis. Examen físico. Exámenes complementarios adecuados.
¿Es razonable prever satisfacer la expectativa expuesta?
- Examen de conciencia prequirúrgico:
¿He adquirido la destreza para orientar correctamente a los componentes protésicos?
¿Cuán efectiva es mi técnica de cementación?
- Técnica quirúrgica precisa!
No opere si no sabe. ¡Pida ayuda!
- Planificar sobre el papel o la RX la dimensión de los componentes no es suficiente
El paciente no me pide que sea un buen dibujante de un croquis sobre sus RX.
El paciente espera que yo sepa resolver su problema.

¡Más importante aún que planificar con los calcos, consiste en reconocer las dificultades intraoperatorias y saber cómo resolverlas!

- Implante validado a nivel internacional
- Reportes de los Registros.
- Aprobación por organismos regulatorios de países con alto nivel de tecno vigilancia.
- Prestar especial atención en trabajos editados en publicaciones periódicas con referato por pares.

La etapa actual es maravillosa en el campo de la cirugía reconstructiva de cadera y rodilla: es mucho y bueno lo que podemos ofrecer a los pacientes. ¡Hagamos buen uso de los recursos disponibles!

Carlos María Autorino