

Facetectomía Lateral de la Rótula como Tratamiento de la Artrosis Patelofemoral Aislada

Dr. Rodrigo Maestu, Dr. Jorge Batista, Dr. Diego Miguez, Dr. Pablo Rainaudi,
Dr. Francisco Ciliberto
CETEA

RESUMEN

El objetivo de esta nota técnica es la descripción de una alternativa terapéutica para el tratamiento de la artrosis patelofemoral aislada. Es una técnica simple, efectiva, de bajo costo que permite una notable mejoría de los síntomas en pacientes con artrosis patelofemoral aislada, descomprimiendo la articulación femoropatelar. Para el diagnóstico lo más importante es el examen físico y la Rx de rótula en posición de Merchant. Esta técnica fue descrita por el Dr. David Dejour, de Lyon (Francia) en VuMedi. Consiste en la resección lateral de la rótula de 15 mm y elongar el retináculo lateral. No inmovilizamos la rodilla y solo indicamos apoyo parcial con muletas por 2 o 3 semanas. Los deportes están permitidos después de los 4 meses.

Palabras Clave: Artrosis Patelofemoral; Alargamiento Retináculo Lateral

ABSTRACT

The objective of this technical note is to describe a therapeutic alternative for the isolated patelofemoral arthritis treatment. It is a simple, effective, low costs technique that allows a remarkable improvement in the isolated symptomatic patelofemoral arthritis, decompressing the patellofemoral joint. For the diagnosis, the most important thing for us are the clinic findings and the patella Merchant view Xrays. This Technique has been describe by David Dejour, MD from Lyon (France), in VuMedi. It consist in resecting 15 mm of the lateral patella and elongating the lateral retinaculum. We do not immobilize the knee and only order partial weight bearing crutches for 2 or 3 weeks. Sports are only allowed after 4 months.

Key Words: Isolated Patelofemoral Osteoarthritis; Patellar Facetectomy

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es la descripción de una alternativa terapéutica para el tratamiento de la artrosis patelofemoral aislada. Es una técnica simple, efectiva, de bajo costo que permite una notable mejoría de los síntomas en pacientes con artrosis patelofemoral aislada, descomprimiendo la articulación.

Esta técnica quirúrgica se indica en pacientes con artrosis patelofemoral aislada (debe descartarse compromiso de compartimiento femorotibial), sin Inestabilidad patelofemoral, en ausencia de displasia troclear grave y con una distancia Tuberosidad Anterior Tibia – Trocle Femoral (TT-TG) menor a 20 mm.¹⁻³ La resección de la faceta lateral de la rótula se realiza como tratamiento para el alivio sintomático del dolor a mediano plazo en pacientes con artrosis patelofemoral aislada.^{4,5}

Esta técnica quirúrgica está descrita en VuMedi por Dr. David Dejour (Lyon, France), la misma permite una recuperación completa y retorno a la actividades deportiva en un periodo promedio de 4 meses.

El diagnóstico es principalmente clínico. Como método de diagnóstico le damos suma importancia a las Rx de Rótula en posición de Merchant. También de rutina, solicita-

mos Rx frente y perfil con apoyo monopodálico (para medir el valgo),⁶ RMN, para evaluar meniscos y cartílago y TAC, si es posible con reconstrucción tridimensional, para ver altura rótula, distancia TT-TF, rotación femur, tibial y displasia troclear.⁷⁻¹⁰

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Iniciamos el procedimiento con una artroscopia a través de los portales clásicos anterolateral y anteromedial. Se evalúan y se tratan, las lesiones meniscales asociadas, se examinan la lesión condrales que generalmente están en ambas superficies de la articulación patelofemoral (fig. 1), se evalúa la biomecánica patelofemoral y por último se realiza una sinovectomía si fuera necesario.

Se resecan los osteofitos que podemos encontrar en el borde distal de la rótula (fig. 2) y margen lateral de la tróclea (figs. 3 y 4) y realizamos el debridamiento de las lesiones condrales con cartílago inestable.

Con el paciente en decúbito dorsal se realiza un abordaje de 3-4 cm en la región lateral de la rótula de Piel y Tcs (fig. 5), luego se desinserta el Retinaculo lateral del borde externo de la rótula (fig. 6) quedando expuesto de esta forma la región lateral y la tróclea femoral, lo que permite una correcta visualización y evaluación de las mismas.

A continuación se procede a realizar la osteotomía de la

Dr. Rodrigo Maestu
rmaestu@intramed.net

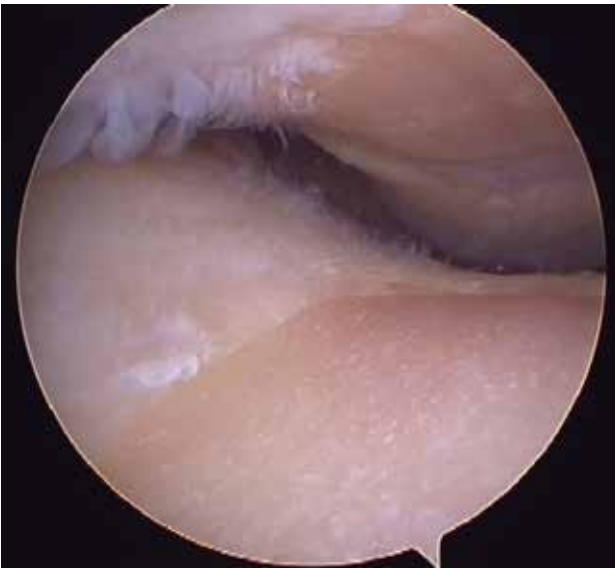


Figura 1: Lesión condral lateral patelofemoral.



Figura 4: Resección osteofitos laterales de rótula y tróclea.

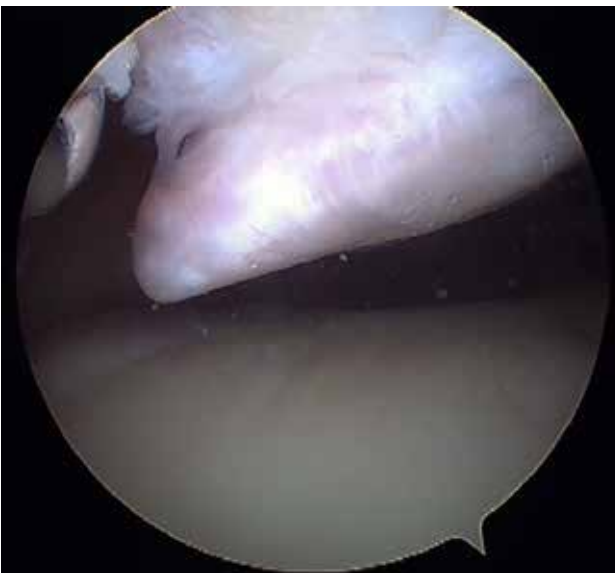


Figura 2: Osteofito distal de rótula.



Figura 5: Incisión lateral de piel.



Figura 3: Osteofitos laterales de tróclea.



Figura 6: Desinserción de la rótula del retináculo lateral



Figura 7: Resección lateral de rótula con microsierra.



Figura 8: Resección de 15 mm laterales de la rótula.



Figura 9: Protección de la tróclea al realizar la resección lateral de la rótula



Figura 10: Cierre del retináculo lateral sin tensión

faceta lateral de la rótula con microsierra (fig. 7), realizando un corte de 15 mm respecto al borde lateral de la rótula (fig. 8). Teniendo la precaución de proteger la tróclea femoral al momento de la realización de la misma (fig. 9). Luego se regularizan los bordes de la rótula osteotomiza-

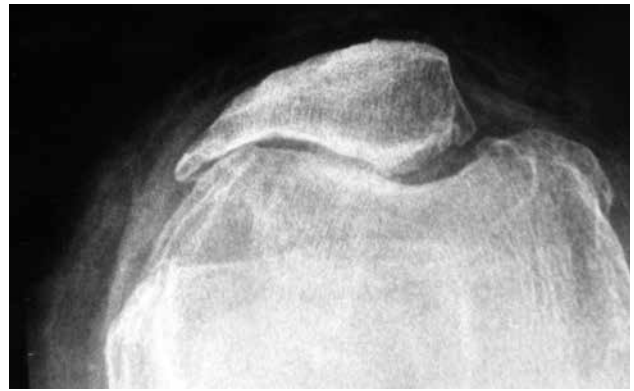


Figura 11: Rx. rótula posición Merchant prequirúrgica.



Figura 12: Rx. rótula posición Merchant postquirúrgica.

da con una gubia se resecan los osteofitos de la región troclear del cóndilo lateral, de existir los mismos. Posteriormente, se realiza abundante lavado articular, y se reinserta el retináculo lateral en la rótula con sutura simple o arpones (fig. 10), pudiendo realizarse un alargamiento del retináculo lateral con pequeños cortes longitudinales sobre el mismo, lo que permite cerrar el retináculo lateral sin tensión. Se realiza el cierre del Tcs y piel por separado. Vendaje elástico.

Se indica descarga parcial con muletas durante 2 o 3 semanas según confort del paciente.

Repetimos Rx de rótula en posición de Merchant postquirúrgica para comparar con las prequirúrgicas (figs. 11 y 12).

CONCLUSIÓN

Esta técnica quirúrgica es un método simple, que permite una notable mejoría de los síntomas en casos correctamente seleccionados, con un período promedio de retorno a la actividad deportiva de 4 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peat G, Duncan RC, Wood, Thomas E, Muller S. "Clinical features of symptomatic patellofemoral joint osteoarthritis". *Arthritis Res Ther.* 2012 Mar 14;14(2):R63.
2. Duncan S, Latterman C, Noehren. "Radiographic parameters associated with lateral patella degeneration in young patients". *Knee Surg Sport Arthrosc* 2012, 20 (12) 2385-90.
3. Luring C, Tingart M, Druscher W, Springorum HR. "Therapy of isolated arthritis in the patellofemoral joint: are there evidence based options?" *Orthopade* 2011 Oct 40, (10) 902-90.
4. Wetzels T, Bellemans J. "Patellofemoral osteoarthritis treated by partial lateral facetectomy: results at long term follow up." *Knee* 2012, Aug, 19 (4) 411-5.
5. Vaquero J, Calvo J, Chara F, Perez Mañanes. "The patellar thinning osteotomy in patellofemoral arthritis: 4 to 18 years follow up". *J Bone Joint Surg Am Br* 2010 Oct 92 (10) 1385-9.
6. Oiestad B, Holm I, Engebretsen L, Aune A, Gunderson R, Risberg M. "The prevalence of patellofemoral osteoarthritis 12 years after anterior cruciate reconstruction." *Knee Surg Sports Traumatol Arthroscop* 2013, Apr 21, (4) 942-9.
7. Van Jonbergen HP, Poolman R, Van Kaugen. "Isolated patellofemoral osteoarthritis." *Acta Orthop* 2010, 81, (2), 199-20.
8. Donell S, Glasgow M. "Isolated patellofemoral osteoarthritis." *Knee* 2007, Jun 14 (3) 169-176.
9. Smith T, McNamara I, Donell S. "The contemporary management of anterior knee pain and patellofemoral instability." *Knee* 2013, Sep 20, Suppl 1 S3-S5.
10. Lustig S, Servien E, Biedert R, Neyret P. "Isolated arthrosis of the patellofemoral joint in younger patients (less 50 years)." *Orthopade* 2008, Sep, 37 (9) 848-850, 854-857.