

CARTA AL EDITOR

Habiendo leído detenidamente el trabajo “Alineamiento en prótesis total de rodilla: cuestionando los paradigmas”, de los Dres. Calvo, González, Guiloff y Figueroa, quería felicitarlos por su valioso aporte al pasar revista de manera tan clara por las distintas posibilidades de alineación al realizar un reemplazo protésico de rodilla, con sus potenciales ventajas y desventajas. Sin duda la existencia de estas opciones demuestra la falta de consenso en la materia, y abre la posibilidad de distintas líneas de estudio, más aun con la utilización de la navegación y la robótica, que quizás en el futuro puedan demostrar la ventaja de alguna alineación sobre las otras. Mientras tanto, en mi caso, y como creo en la mayoría de los cirujanos protésicos de nuestro medio, utilizo el método clásico de la alineación mecánica. Luego de una adecuada exposición y liberación preliminar, de acuerdo a la deformidad existente, realizo un corte tibial proximal perpendicular al eje diafisario con guía extramedular y un corte femoral distal con 5 o 6 grados de valgo con guía endomedular. A continuación, utilizando los espaciadores, verifico un adecuado eje en extensión, con estabilidad varo/valgo simétrica y extensión completa; de no ser así, realizo la liberación de partes blandas necesaria y eventualmente algún recorte óseo.

Luego de la medición del tamaño femoral se efectúan los cortes anterior, distal y oblicuos, prestando especial atención a la rotación externa femoral, y constatamos que la brecha en flexión sea simétrica a la de extensión y estable. Es decir, combinamos elementos de la resección medida y del balance de las brechas. En el plano sagital, buscamos, en el fémur, perpendicularidad con el eje diafisario y en la tibia una inclinación posterior entre 3 a 5 grados.

Respecto de la rotación de los componentes, en el fémur, además de la guía instrumental con referencia en los cóndilos posteriores, usamos el eje transepicondíleo, la línea de Whiteside y el paralelismo con el corte tibial. En la tibia establecemos la correcta rotación en referencia con la tuberosidad anterior de la tibia y la línea de Hakagy.

En conclusión, al no utilizar navegación ni robot creo que la búsqueda obsesiva del eje mecánico evita que los errores de unos grados, que siempre pueden producirse, dejen nuestro implante fuera de la “zona segura”.

Dr. Gabriel Ignacio Vindver