
Comentario

El artículo del Dr. V. Sanchís Olmos publicado en 1946 nos plantea un tema, como es la rigidez en flexión de la rodilla, que no tiene una solución fácil y no deja de ser un reto para el cirujano ortopédico.

Una lectura rápida del artículo nos indica dos diferencias fundamentales que el paso del tiempo ha hecho cambiar; una de ellas es la diferente etiología de los enfermos y así, frente a las infecciones, secuelas de polio y herida por arma de fuego de los pacientes del Dr. Sanchís, en el momento actual las causas más frecuentes de rigidez de rodilla son las derivadas de intervenciones quirúrgicas por reducción abierta de fracturas articulares, reconstrucción de ligamentos o cirugía protésica.

Otro aspecto que llama la atención de aquellos años es la nula utilización de técnicas de osteosíntesis para la artrodesis de rodilla, obligando a utilizar yesos pelvipédicos de inmovilización en las primeras semanas y a desarrollar ingeniosas técnicas de marquetería para conseguir una perfecta coaptación de los extremos articulares. En la actualidad, no se concibe una cirugía de este tipo sin el empleo de clavos intramedulares, placas de reconstrucción o los modernos clavos tipo Wichita, limitando por supuesto la utilización de yeso a lo mínimo imprescindible. No podemos decir que sean mejores unas técnicas que otras, siempre que se consiga el efecto deseado, sino que habrá que valorar la más rápida recuperación funcional de unas técnicas frente a las complicaciones potenciales de otras y, establecido esto, elegir lo más adecuado.

En el siglo XXI, donde la movilidad articular es el objetivo a preservar y a conseguir por el cirujano ortopédico, técnicas como la artrodesis figuran en el último lugar del *armamentarium*, y así, cirugías como las artrólisis de 1946 todavía tienen su vigencia actual, con las movilizaciones bajo anestesia, cada vez más desdeñadas, o las artrólisis artroscópicas cada vez con más vigencia, sin olvidarse de técnicas de liberación de partes blandas como la cuadricepsplastia de Judet o cuadricepsplastia asociada a liberación retinacular de Thompson, las cuales debido a su agresividad quirúrgica no están muy ampliamente difundidas.

En último lugar queda por mencionar el papel de las osteotomías, bien supracondíleas o tibiales, bien en cuña o arciformes, en las que el tiempo no ha modificado apenas su indicación en este tipo de rigidez y así los cuatro supuestos que se mencionan en el trabajo: deformidad ligera asociada a anquilosis ósea, grandes deformidades con fisias abiertas, método parcial de corrección o tiempo previo a una artroplastia, son aspectos que todavía se podrían considerar en el momento actual.

Probablemente, la estrecha colaboración actual entre cirujanos ortopédicos y especialistas en rehabilitación, hace que estos problemas vayan disminuyendo; sin embargo, hace 60 años el enfrentarse a ellos sólo estaba reservado a cirujanos expertos o con gran conocimiento de las diferentes posibilidades terapéuticas y por ello nuestro reconocimiento a su labor.

R. Canosa Sevillano
Fundación Hospital Alcorcón. Madrid