

# La evolución de los abordajes en la artroplastia total de rodilla hacia técnicas menos invasivas

Los cirujanos ortopédicos hemos entrado en el campo de la denominada cirugía mínimamente invasiva, algo que parece una tendencia natural de todas las especialidades para reducir la agresión quirúrgica. En el terreno de las artroplastias, la de cadera tomó la iniciativa, irrumpió con fuerza en todas sus variantes y parece que las técnicas de una sola incisión son las más aceptadas al no aumentar la morbilidad o las complicaciones ni durante la curva de aprendizaje, ni tampoco en la práctica diaria. Sin embargo, todavía persisten voces discrepantes sobre la poca evidencia científica de sus posibles ventajas.

En la rodilla parece que la implantación de estas técnicas va más despacio, debido a que las grandes ventajas esperadas han sido cuestionadas desde el principio. Autores como Dalury, uno de los que primero publicaron sus resultados en este tipo de técnicas, reconoce y advierte la importancia de la selección del paciente, las dificultades en la curva de aprendizaje, los problemas derivados por la tracción de la piel, los problemas de alineamiento y las dificultades para retirar el cemento durante la cirugía. Otros, como Hungerford, hacen referencia a la dificultad del alineamiento en abordajes reducidos por falta de visión. Pero este problema no sólo ocurre durante la curva de aprendizaje. Vaugan demuestra que la posible ventaja inicial en cuanto a la aparente mejor movilidad postoperatoria se iguala a la conseguida mediante la cirugía convencional a las pocas semanas de la intervención. En cuanto al tamaño de la incisión, hay diferencias para fijar la longitud y, en general, las medidas de las incisiones se realizan en extensión.

En cuanto a concepto, tal vez la rodilla sea más compleja, y la gran variabilidad de diseños y modularidad de los implantes, preferencias en el reemplazo de la articulación fémoro-rotuliana, función del cruzado posterior, uso del torniquete durante la cirugía y cementación, sean debates que todavía siguen abiertos y que no acertamos a concluir con firmeza. Por lo tanto, el tamaño de la incisión o bien el tipo de abordaje, respetando en lo posible el aparato extensor, se puede ver involucrado en una gran cantidad de variables que hacen más difícil la evaluación de los resultados.

A grandes rasgos, dos son los conceptos que diferencian a la artroplastia de rodilla mediante la denominada cirugía mínimamente invasiva; por una parte, la mínima afectación del cuádriceps mediante el abordaje sub-vastus o mid-vastus y, por otra, evitar la luxación de la rótula y de la articulación fémoro-tibial durante el acto quirúrgico.

En cualquier caso, parece que se ha llegado a estas conclusiones después de limitar el acceso y no poder luxar la rótula o la tibia al trabajar en espacios reducidos, pero no hay que olvidar que muchos cirujanos trabajando con abordajes convencionales tampoco creen necesario luxar la rótula, teniendo en cuenta que la ventaja de lateralizar la rótula frente a la luxación de la misma no está científicamente demostrada. Estos cambios en las técnicas quirúrgicas parece que ayudan a desmitificar conceptos que hemos aprendido y que realizamos en nuestra práctica diaria de forma habitual.

Creo que el debate está abierto y que la industria está haciendo un gran esfuerzo en el desarrollo de nuevos diseños, de implantes y de instrumentales, adaptados a incisiones pequeñas para satisfacer la necesidad de los cirujanos que creen en estos abordajes reducidos. Sin embargo, no debemos olvidar que la habilidad quirúrgica individual y las precauciones que se adopten ayudarán a la realización de las modificaciones quirúrgicas con garantías de éxito, teniendo en cuenta nuestra responsabilidad ética y moral, tanto durante la curva de aprendizaje como en el desarrollo de la técnica quirúrgica empleada.

En definitiva, como ha pasado con la cadera, estas evoluciones técnicas nos están sirviendo para darnos cuenta de que no se necesitan amplios abordajes para la colocación correcta de una artroplastia, pero que no hay grandes ventajas respecto a los abordajes tradicionales. La actitud del cirujano, la selección del paciente, las modificaciones en las técnicas anestésicas y el control del dolor postoperatorio también contribuyen al éxito de una artroplastia total de rodilla.

*R. Llopis Miró*  
Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. España.