

RidgeStop™

Tratamiento de la luxación de rótula



Guía de usuario

Selección del caso

- Ridgestop™ puede ser usado como procedimiento único para casos de poca gravedad de luxación de rótula (grado 2 o inferior).
- Además, Ridgestop™ se emplea como un procedimiento adicional cuando se realizan operaciones de realineación como osteotomía distal del fémur o traslocación de la cresta tibial. En dichos casos Ridgestop™ actúa con eficacia como una alternativa a la surcoplastia.
- Cuando se usa en combinación con una operación de realineamiento, esta debe ser completada antes de que se aplique el Ridgestop™ como parte del mismo procedimiento anestésico.

Clasificación de la luxación de rótula

Grado 1	Rótula luxable manualmente y vuelve a la posición normal al ser liberada
Grado 2	Rótula luxable manualmente o mediante flexión. Permanece luxada hasta su reducción manual o la extensión de la extremidad y rotación en dirección contraria a la luxación
Grado 3	Rótula luxada reducible manualmente en extensión Flexión y extensión provocan la luxación de la rótula
Grado 4	Rótula luxada no reducible. Hasta 90° de rotación de la meseta tibial Surco troclear poco profundo o ausente



1 Posicionamiento del paciente



Se posiciona el paciente en decúbito dorsal y cubierto para permitir la manipulación libre de la articulación afectada. Es esencial que el cirujano pueda flexionar y extender la rodilla libremente durante el procedimiento.

En la imagen se observa la combinación de un paño abierto y una bolsa estéril para la extremidad que facilita al cirujano el acceso adecuado a la rodilla a la vez que permite la flexión y extensión intraoperatoria de la articulación.

2 Planificación quirúrgica



Los casos más severos (como grado 3 o superiores) requerirán un procedimiento de realineamiento. Es mejor realizar la aplicación de Ridgestop™ como parte del mismo procedimiento anestésico en el que se hace el realineamiento pero siempre después de que este (por ejemplo osteotomía distal del fémur o transposición de la cresta de la tibia) haya sido completado.

El tamaño del implante Ridgestop™ que se necesita se determina por la longitud de la cresta medida con una radiografía lateral. La medición se hace desde el punto proximal de la cresta hasta la muesca condilar como se muestra en la imagen.

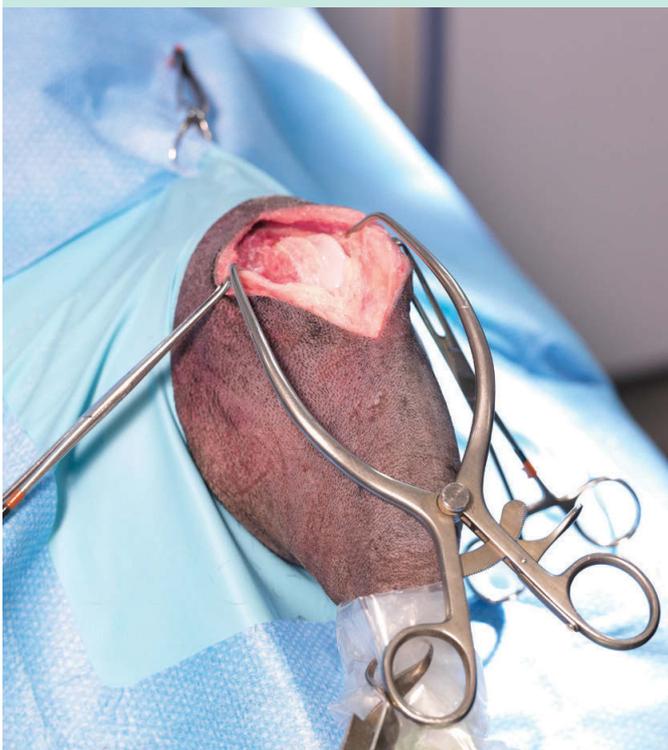
Normalmente el resultado de la medición de la longitud de la cresta se redondea hacia abajo por lo que un cirujano que haya medido una cresta de 2,65 cm seleccionará un implante de Ridgestop™ de 2,5 cm.

3 Abordaje quirúrgico



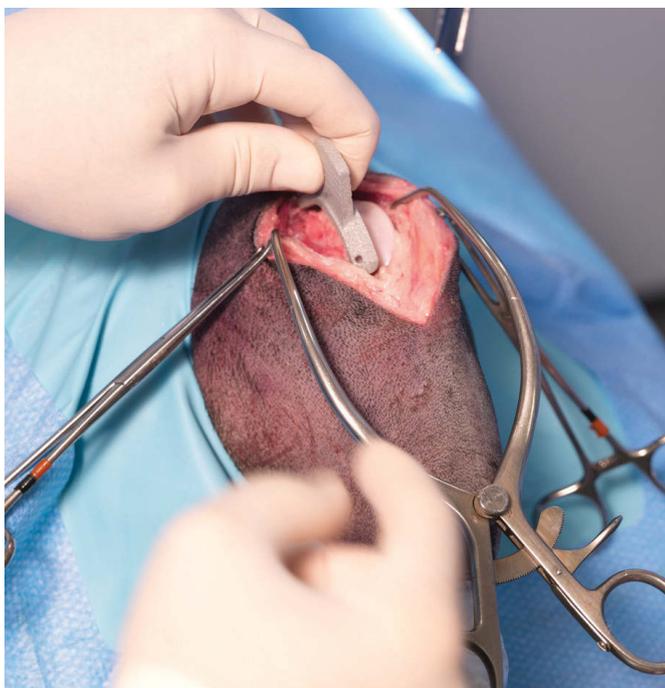
Para luxaciones de rótula mediales se aplica un implante Ridgestop™ en la cresta troclear medial y se realiza un abordaje pararotuliano medial de la rodilla. Por el contrario, para luxaciones laterales de rótula se emplea un abordaje pararotuliano lateral.

Para una luxación medial de rótula se hace una incisión en la piel que se extiende distalmente sobre la extensión medial de la rótula y paralela al ligamento rotuliano recto para terminar distal a su inserción tibial. Los tejidos blandos profundos, incluyendo la cápsula articular, son incididos. La incisión es ampliada para permitir a la rótula ser luxada lateralmente sobre la cresta lateral de la tróclea.



La flexión parcial de la rodilla después de la luxación lateral de la rótula mantiene la exposición quirúrgica de la cresta medial de la tróclea. Se pueden usar separadores Gelpi para mejorar la exposición quirúrgica como se muestra.

4 Preparación para taladrar

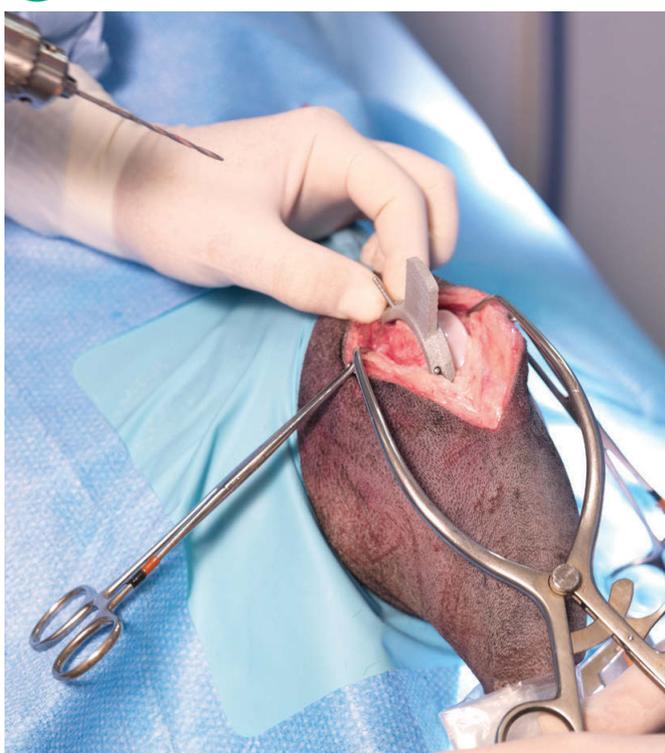


Se selecciona la guía de broca adecuada (en relación a la longitud de la cresta determinada en las radiografías preoperatorias). Para cada tamaño de guía de broca hay una versión izquierda y otra derecha por lo que hay que tener cuidado en seleccionar la adecuada. El tamaño y la forma de la base de la guía es idéntica al implante Ridgestop™.

La guía se coloca a lo largo de la cresta troclear prestando atención a la posición y encaje. Hay que evitar la tentación de colocar la guía (y por lo tanto el implante) demasiado axialmente. La rótula se puede volver a situar temporalmente en su posición normal para facilitar el conseguir la mejor posición del Ridgestop™.

Antes de taladrar hay que revisar el tamaño y la posición de la guía, especialmente en los extremos proximal y distal.

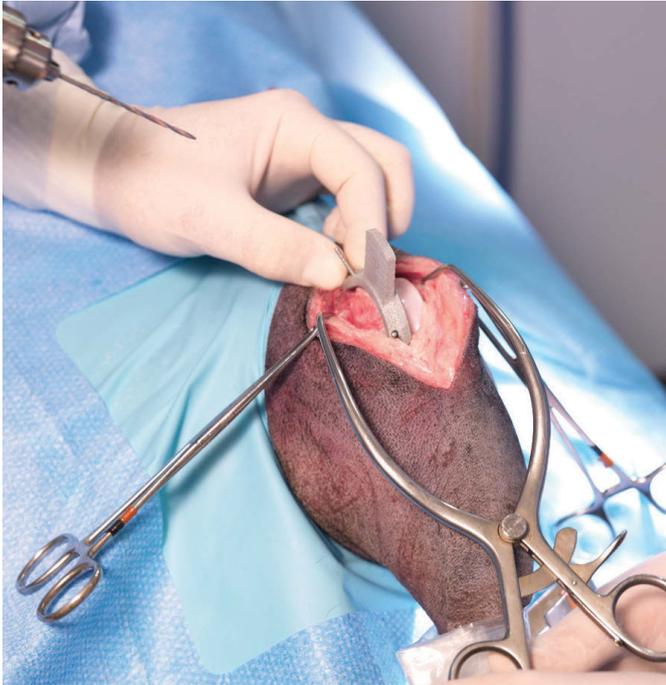
5 Técnica de taladrado



El agujero distal se realiza usando una broca de 2,0 mm a través de la cortical proximal y hasta el hueso esponjoso. La cortical distal no debe perforarse. Se retira la broca y se coloca uno de los clavos temporales a través de la guía de broca, implantándolo en el hueso.

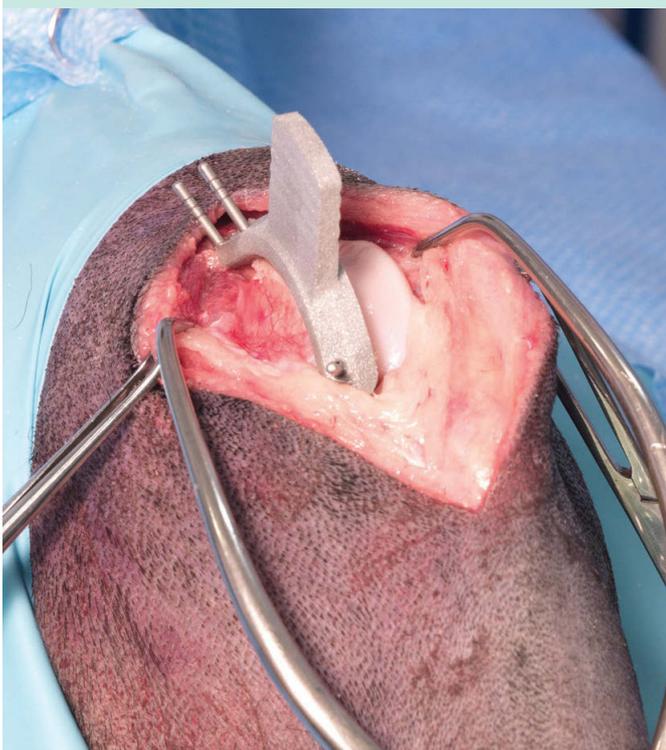
El tornillo a utilizar aquí y, consecuentemente, la profundidad del agujero dependen del tamaño del implante Ridgestop™ utilizado. El tamaño de implante Ridgestop™ (en negrita) y la longitud del tornillo (en cursiva) se relacionan según se indica:

(RS 1,0 – Tornillo 8 mm)	(RS 3,0 – Tornillo 18 mm)
(RS 1,5 – Tornillo 10 mm)	(RS 3,5 – Tornillo 20 mm)
(RS 2,0 – Tornillo 12 mm)	(RS 4,0 – Tornillo 22 mm)
(RS 2,5 – Tornillo 14 mm)	



A continuación se hace el agujero proximal. La guía de broca dirige la broca en la dirección correcta y en esta ocasión ambas corticales son perforadas. De nuevo, se retira la broca y se reemplaza con un clavo de fijación temporal.

El agujero de 2,0 mm restante se hace otra vez a través de las dos corticales. La broca se retira y se reemplaza con un clavo de fijación temporal.



Se han realizado tres agujeros de 2,0 mm y se han colocado clavos de fijación temporal en dichos agujeros.

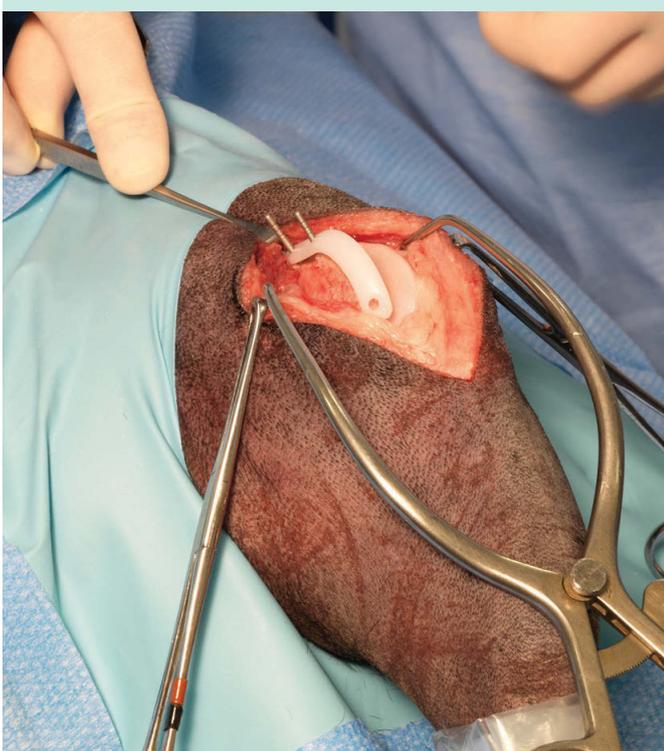
Obsérvese la angulación de los clavos de fijación temporal que han sido dirigidos por la guía de broca. Los dos clavos proximales están paralelos entre sí.

6 Colocación del implante



Se retira el clavo de fijación temporal distal. Con los otros clavos en su lugar de implantación se retira la guía de broca con cuidado.

La imagen muestra los dos clavos de fijación temporal proximales permaneciendo en su lugar después de quitar el clavo distal y la guía.



El implante Ridgestop™ se desliza con cuidado sobre los dos clavos de fijación temporales y se presiona hacia abajo hasta que quede en la posición prevista sobre la tróclea.

Se usa un medidor de profundidad estándar para medir la longitud del agujero distal a través del implante Ridgestop™. Se selecciona un tornillo de cortical de 2,7 mm de una longitud 2 mm inferior a la medida obtenida.



Se coloca el primer tornillo a través del implante Ridgestop™ y de la epífisis femoral distal.

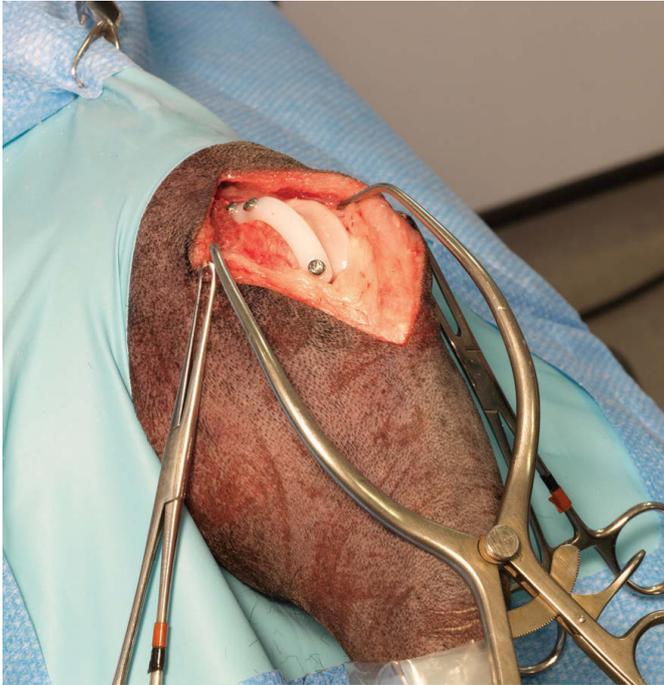
Hay que evitar apretar excesivamente el tornillo ya que deformaría el implante Ridgestop™, que es relativamente blando.



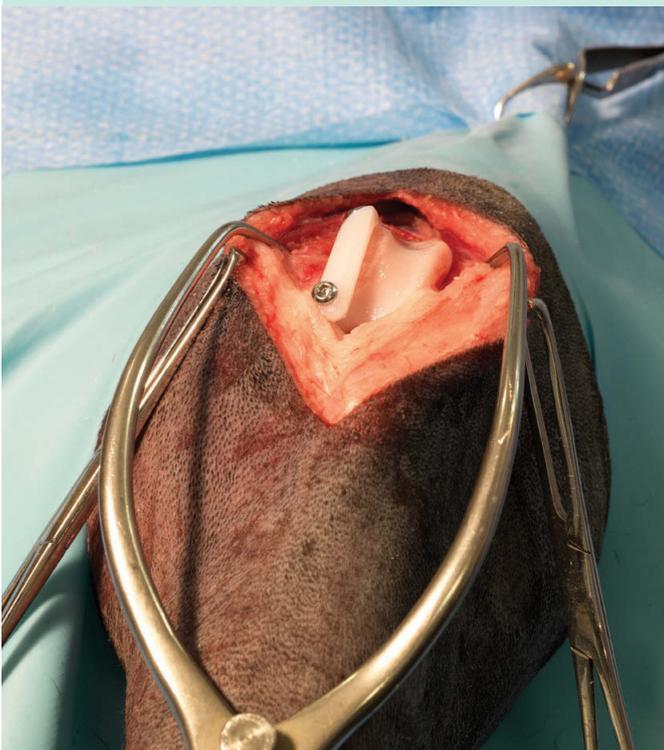
Se retira el clavo de fijación temporal proximal y se usa un medidor de profundidad estándar para determinar la longitud apropiada del tornillo.

Se selecciona un tornillo de cortical de 2,7 mm y 2 mm más largo que la longitud medida. Se trata de un tornillo bicortical y es importante que el tornillo enrosque bien en ambas corticales.

Una vez más hay que evitar apretar excesivamente el tornillo y deformar el implante.

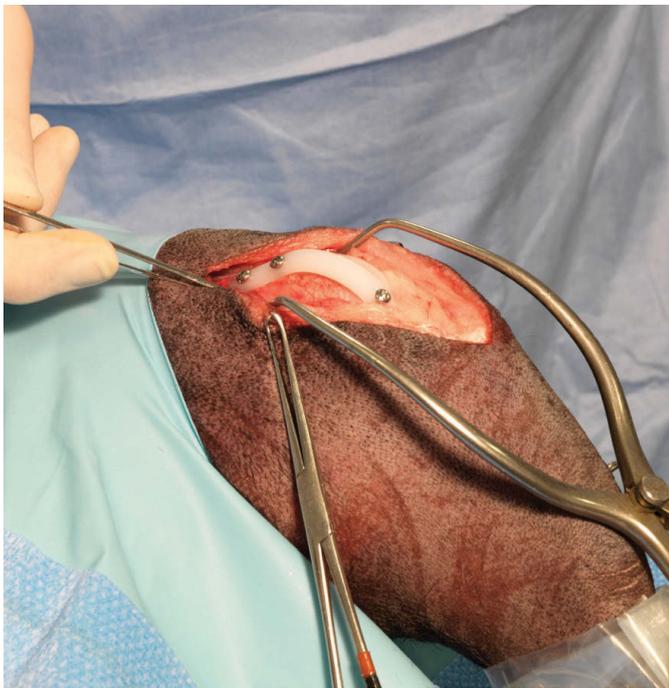


Se coloca el último tornillo de la misma manera que el anterior. Es decir, se usa un tornillo 2 mm mas largo que la longitud medida para asegurarnos de que enrosca en ambas corticales.



Una vez que los tres tornillos están colocados se revisa e inspecciona el implante. Se coloca la rótula en el surco troclear y se prueba mediante movimientos de la articulación de la rodilla.

7 Cierre de la herida



Hay que tener cuidado de que no hayan quedado tejidos blandos atrapados debajo del implante Ridgestop™.

Se suturan los tejidos blandos por capas. En muchos casos no es posible unir completamente la cápsula articular sobre el implante Ridgestop™ y, en dichos casos, el cierre de la herida se consigue suturando las fascias.

El resto del cierre de la herida es rutinario.



Link a vídeo: http://www.bbraun-vetcare.es/descarga_de_informacion#tecnica-quirurgica-ridgestop-1291

Consulta el catálogo
completo de Aesculap en
www.bbraun-vetcare.es