

## NUEVOS CONCEPTOS SOBRE AMPUTACIONES EN PACIENTES VASCULARES: DESARTICULACION DE RODILLA

W. PADROS ARCHS, J. M.<sup>a</sup> FUENTES MARCO, M. GIMENEZ VERDERA,  
R. VILADOT PERICHE y O. COHI.

Barcelona (España)

Esta técnica es conocida desde hace varios años. **Rogers**, en un trabajo publicado en el «Journal Bone Joint and Surgery» en 1940, ya abogaba por dicho procedimiento. **Batch** y cols. sistematizan, en 1954, la técnica operatoria y exponen su experiencia. Posteriormente, esta técnica fue abandonada por no existir una prótesis adecuada. En el Seminario A.M.P.R.O., desarrollado en Barcelona, nos llamó la atención la defensa que de esta técnica llevó a cabo el Dr. **Andrews**. Interesados en el problema, **Viladot** y **Cohi** visitaron el Departamento de Amputaciones del «Queen Mary's Hospital» de Londres, cuyo Director, el Dr. **Vitali**, les mostró las características principales de la técnica operatoria y de la prótesis fabricada por la Compañía Hanger, ubicada en las dependencias del propio hospital.

### Técnicas operatoria

a) Incisión: Se inicia cuatro dedos por debajo de la tuberosidad anterior de la tibia, en un plano paralelo al suelo, continuándose lateralmente por dos incisiones verticales de unos 2 cm aproximadamente de longitud, que se unen posteriormente mediante una nueva incisión.

b) Se desperiostiza el extremo superior de la tibia hasta alcanzar la tuberosidad anterior citada, seccionando a este nivel el tendón rotuliano.

c) Se individualizan los cabos distales de los músculos isquiotibiales (semimembranoso, semitendinoso, recto interno y sartorio, por dentro, y bíceps, por fuera), fundamentalmente bíceps y semitendinoso.

d) Se seccionan los ligamentos cruzados a nivel de su inserción en la tibia, dejándolos lo más largo posible, ya que servirán de punto de anclaje de la reconstrucción mioplástica.

e) No se practica resección osteocartilaginosa alguna a nivel de cóndilos femorales ni de rótula; sólo se extirpan los meniscos.

f) Las secciones vasculares y nerviosas se practican sin detalle técnico de particular.

g) Una vez practicada la amputación se procede a la reconstrucción mioplástica, suturando el ligamento cruzado anterior al tendón rotuliano y el ligamento cruzado posterior a los músculos isquiotibiales. Todo ello a nivel de la escotadura intercondílea.

h) Se recubren los cóndilos femorales con las partes blandas adyacentes, quedando situada la herida operatoria en la parte posterior del muñón.

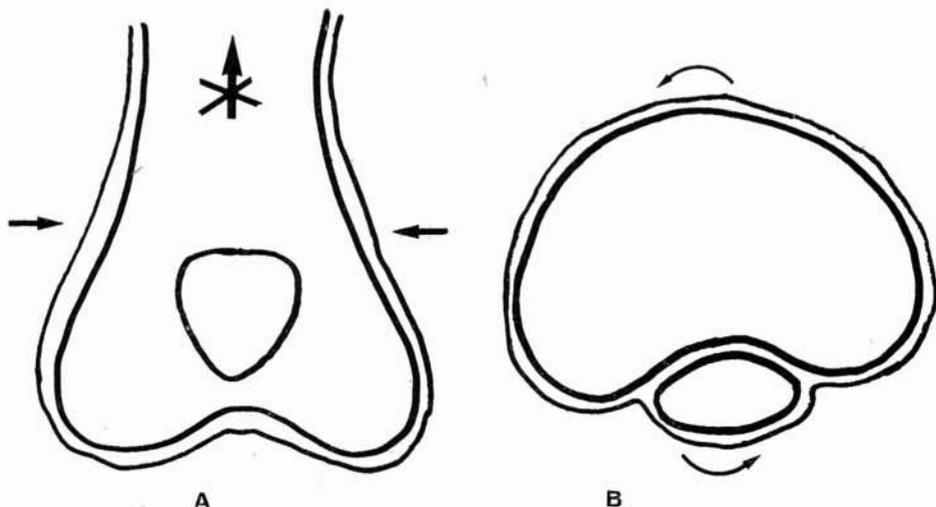
### Ventajas del método

- 1) Es una intervención simple y de ejecución rápida.
- 2) Proporciona un buen apoyo terminal.
- 3) Existe un mejor sentido propioceptivo, que viene dado por ser menor la distancia del muñón al suelo y hallarse conservado el cartílago articular.



Fig. 1. — Incisión de piel.

Fig. 2. — A y B, sistema de encaje de la prótesis, impidiendo los desplazamientos hacia abajo y los movimientos de rotación.



- 4) Se mejora la retención de la prótesis, ya que al ser más ancho el muñón en su parte inferior evita que la prótesis se desplace hacia abajo; y la rótula, actuando de tope en el plano anterior, evita la rotación de dicha prótesis.

### Indicaciones y contraindicaciones

Este tipo de amputación va destinado a los pacientes geriátricos a quienes la amputación se practica por causa vascular. Es contraindicación formal una flexión de la cadera igual o superior a los 20°.

**Prótesis.** Tipo 4 Bar Linkage modular system, desarrollado por Hanger, del «Queen Mary's Hospital» de Roehampton, Londres.



Fig. 3. — Aspecto externo del muñón.

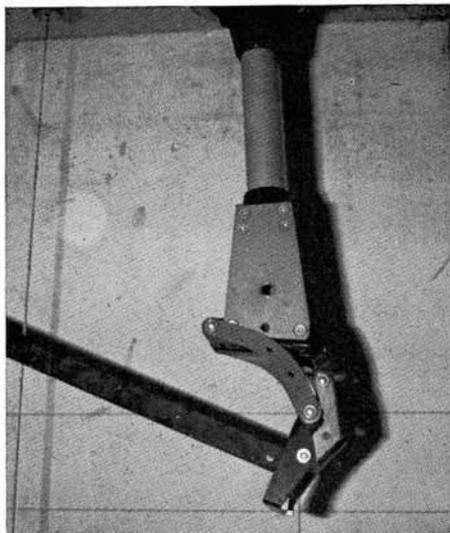


Fig. 4. — Configuración interna de la prótesis.

**Objetivo de la prótesis.** Este sistema puede aplicarse a todos los niveles de amputación por encima de la rodilla.

Como **conclusión** podemos decir que este sistema, desde el punto de vista protésico, nos permite considerar el acto quirúrgico de la desarticulación de la rodilla como un buen nivel, ya que:

- a) Conserva la máxima longitud del brazo de palanca del muñón.
- b) No precisa de sistemas adicionales para retener el muñón en su encaje.
- c) Aumenta el sentido propioceptivo del amputado al reducir la distancia desde el punto de apoyo del muñón hasta el suelo.
- d) Proteje la estabilidad mediolateral.
- e) Es confortable para el amputado.

## RESUMEN

Se describe una técnica de amputación para enfermos vasculares en quienes hay que proceder a la mutilación de la extremidad. Esta técnica es la empleada en el «Queen Mary's Hospital» de Londres. Se exponen sus ventajas, indicaciones y contraindicaciones.

## SUMMARY

The procedure employed in Queen Mary's Hospital of London to perform the lower leg amputations in vascular patients is described. Advantages, indications and contraindications are exposed.