

FRESADO PERCUTANEO DEL COTILO EN PTC MEDIANTE ABORDAJE ANTERIOR

AGUADO LÓPEZ, M., SOLANO DEL RIO, M., ABAD ZAMORA, JM., BADILLO CRUZADO, R., RODRÍGUEZ VÁZQUEZ, F.

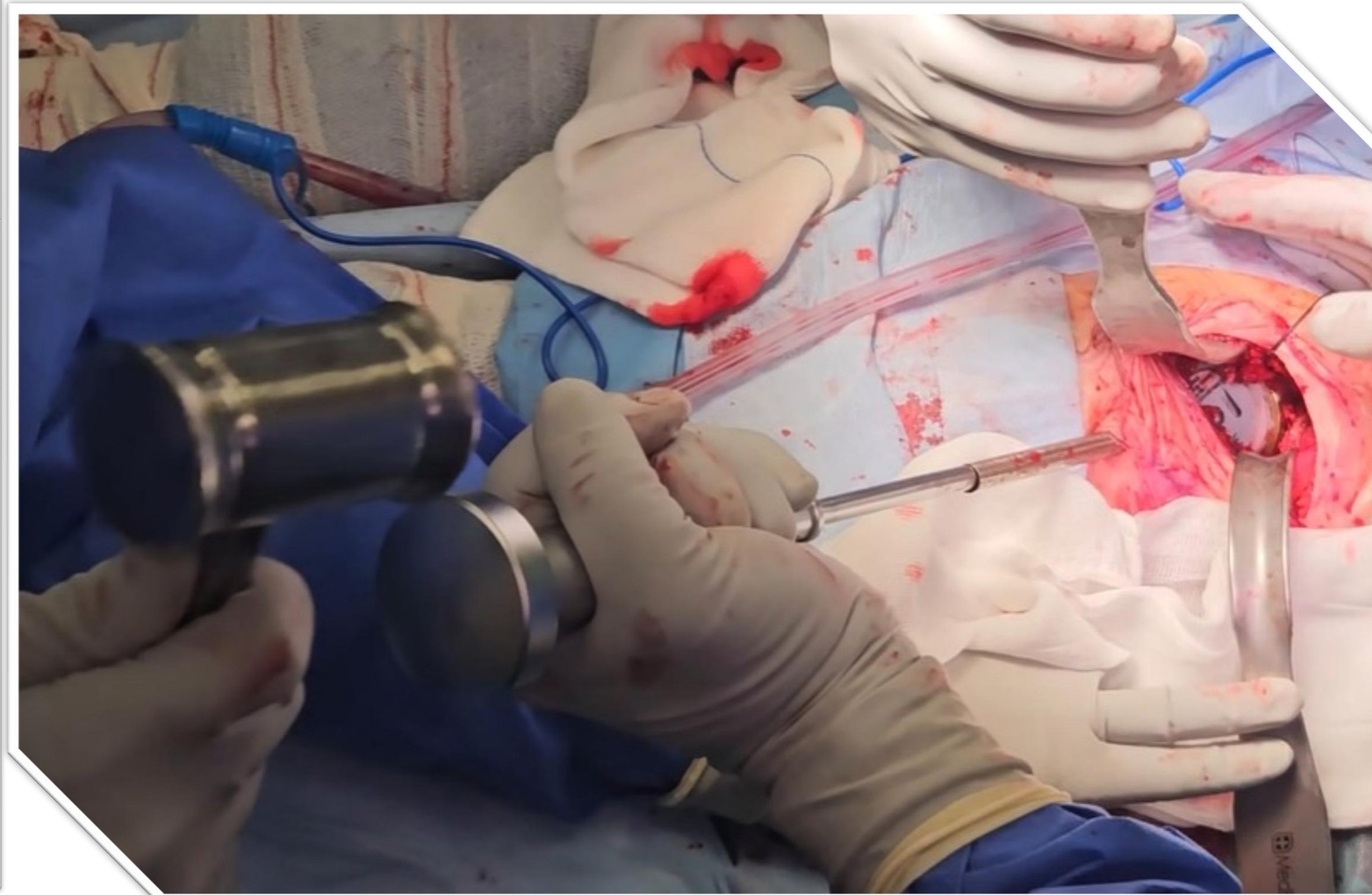
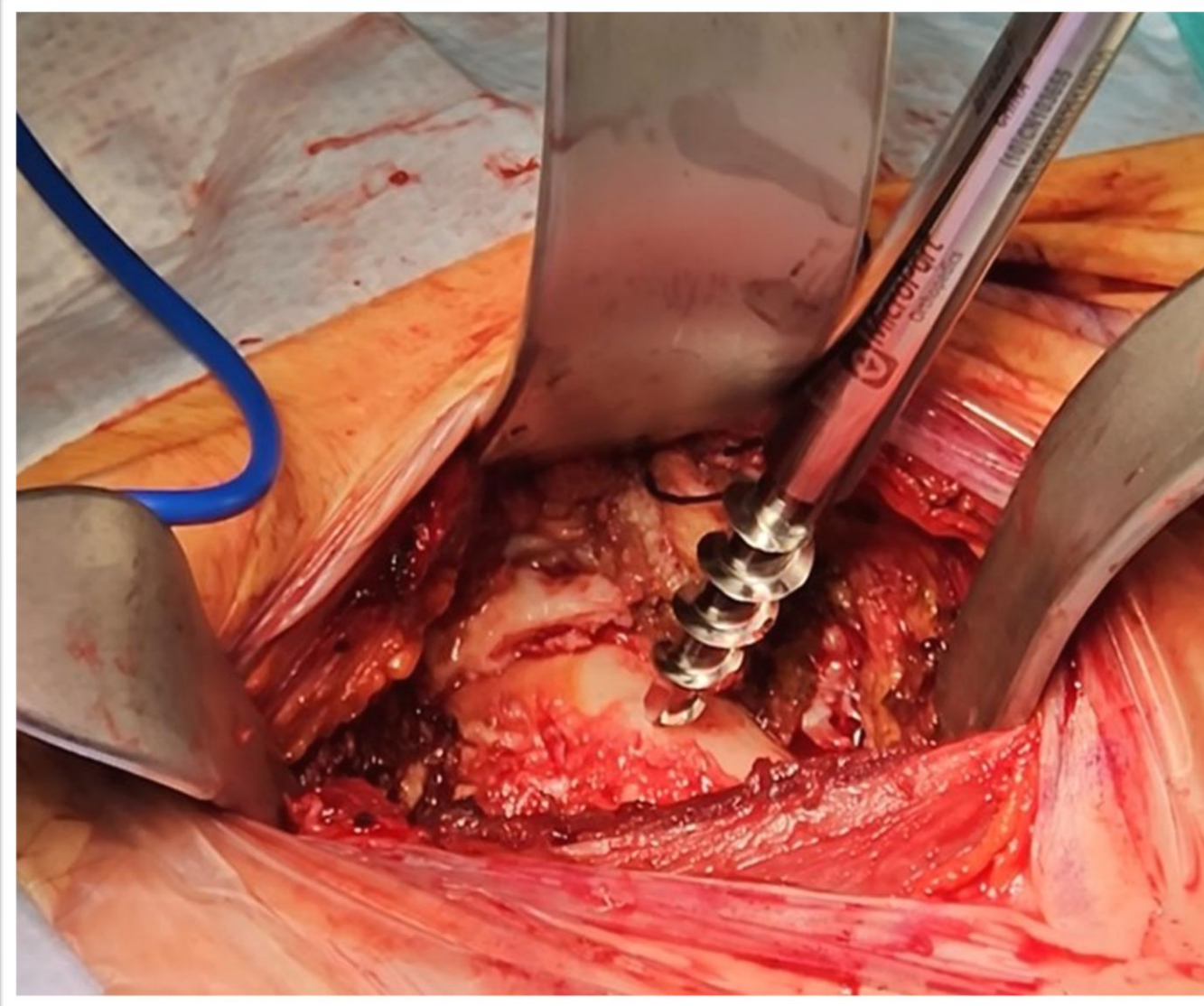


INTRODUCCIÓN

Exponemos un ejemplo de la técnica quirúrgica por pasos de una paciente de 79 años que presenta coxalgia mecánica de años de evolución y requiere tratamiento quirúrgico con sustitución total de cadera para su coxartrosis severa.

MÉTODOS

Primero marcamos las referencias anatómicas en la piel: espina iliaca anterosuperior y punta de trocánter. Trazamos dos líneas rectas perpendiculares que nos marquen los cuadrantes y localizamos el posterosuperior que coincide aproximadamente con el pliegue de la ingle. Tras la incisión en piel y tejido subcutáneo buscamos el intervalo entre el sartorio y el tensor de la fascia realizando una apertura longitudinal de ella. Debemos tener cuidado con los vasos circunflejos. Realizamos la capsulotomía en forma de U referenciándola para el cierre y hacemos la osteotomía femoral con extracción de la cabeza.



Colocamos la guía percutánea y el punzón a 45º posicionando la pierna en rotación interna para evitar lesionar el femorocutáneo a través de la nueva incisión. Pasamos el punzón a través de la guía hasta el fondo del cotilo. Introducimos las fresas de distinto tamaño a través del abordaje y el motor por la cánula percutánea para conseguir la orientación deseada.

Colocamos los componentes definitivos, y si es necesario los tornillos en zona de seguridad, pasando la broca y el impactor a través de la cánula.

Para la colocación del vástago femoral debemos flexionar la pierna a unos 60-70º debajo de la contralateral evitando así una excesiva tensión de las partes blandas. Tras conseguir el raspado del tamaño adecuado colocamos el vástago definitivo.

Comprobamos la correcta estabilidad y procedemos al cierre por planos.

RESULTADOS

Todos los pacientes intervenidos mediante esta técnica han tenido una excelente recuperación postquirúrgica y funcional completa e indolora.

CONCLUSIÓN

El abordaje anterior de cadera es intermuscular e internervioso por lo que presenta ofrece un menor riesgo de lesión de estructuras importantes y una rápida recuperación funcional. Para compensar el inconveniente de la malposición a la hora de realizar el cotilo podemos recurrir al fresado percutáneo y así conseguir la orientación adecuada que precise cada paciente.

