

CRITERIOS DE ESTABILIDAD DEL RAQUIS

HISTORIA MECANISMO	EXPLORACION FISICA Y NEUROLOGICA	CRITERIOS A RX.
Flexión - Rotación Flexión máxima	Defecto entre dos espinosas. Alteraciones Motoras y Sensitivas.	Separación de las espinosas . Luxación o Fractura de las articulares.
Rotura ligamentosa posterior	Rotura ligamentosa posterior	Rotura ligamentosa posterior

-82-

TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

GENU VALGO

Un genu valgo se considera capaz de generar artrosis, a partir de un eje mecánico fémoro-tibial de 6° de valgo, lo que corresponde a un eje anatómico fémoro-tibial de 9 -12° para el hombre y 12°-15 para la mujer.

Salvo el caso secundario a artrosis postfractura de la meseta externa de la tibia, el genu valgo en general, suele asociarse a hipodesarrollo del cóndilo femoral externo, lo que condiciona una oblicuidad en la interlínea fémoro-tibial que habrá que corregir mediante osteotomía femoral de varización.

OSTEOTOMÍA TIBIAL DE VARIZACIÓN

Excepcional. Indicada sólo en caso de que la oblicuidad articular sea menor de 10°. Se practica una osteotomía tibial metafisaria, sustractiva interna o aditiva externa de efecto varizante y técnicamente similar a la valguizante anteriormente descrita.

OSTEOTOMÍA FEMORAL DE VARIZACIÓN

Es la técnica más frecuentemente usada en estos casos.

INDICACIONES

- Edad menor de 65 años.
 - Afectación unicompartimental fémoro-tibial externa.
 - Oblicuidad de la interlínea fémoro-tibial mayor de 10°.
 - Ausencia de contractura en adducción de la cadera ipsilateral.
 - Suficiente calidad en la trama ósea.
 - Ligamentos colaterales competentes.
 - Movilidad de rodilla conservada al menos entre 90°/(-10°).
- Técnicamente, se realiza bajo anestesia general, osteotomía supracondílea femoral varizante.

POSTOPERATORIO

- Inmovilización con rodilla en flexión de unos 60° en férula de Butcholtz.
- Retirada de drenaje a las 48h., iniciando flexo-extensiones pasivas, de preferencia en férula motorizada y bajo analgesia epidural con catéter.

-23-