

IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA TRAS FRACTURA COMPLEJA FÉMUR DISTAL

Dr. Juan Manuel Sánchez Siles, Dr. R. Iván Martínez Medina, Dr. Enrique Sevillano Pérez, Dr. David González Quevedo

INTRODUCCIÓN

La artrosis de rodilla es una patología cada vez más frecuente, y su incidencia va en aumento. La gran mayoría se desarrolla de forma primaria, siendo su etiología multifactorial, pero existe un bajo porcentaje secundarias a fracturas periarticulares que afectan de manera importante al cartílago articular. Son estas formas de artrosis las más demandantes desde el punto de vista técnico, y a menudo requieren la valoración y las manos de cirujanos experimentados, ya que no siempre es posible conseguir una alineación ideal.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es presentar un caso de cirugía protésica complejo debido al antecedente previo de una fractura compleja de fémur distal en el contexto de un politraumatismo.



Imagen 1: Rx actual en la que se aprecia MII con acortamiento 3 cm y alineación 7° varo. En Rx lateral: Patela baja con índice Insall-Salvati de 2,5 que indica una patela baja



Imagen 2: Movilidad actual: Extensión completa. Flexión 100°.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Presentamos el caso de un varón de 73 años con antecedente de fractura de fémur distal izquierdo, tipo 33 C-3 de la AO en el contexto de un politraumatismo en 1999. Refiere en consulta dolor y deformidad progresiva de la rodilla afecta, que le incapacita las actividades básicas de la vida diaria.

A la exploración presenta dolor a la movilización, crepitación y roces articulares. No hidrartros. La radiografía simple, muestra consolidación viciosa de la fractura fémur distal, con alteración del eje mecánico de la rodilla y degeneración postraumática de la misma.

RESULTADOS

En 2013 se realiza una artroplastia total de rodilla izquierda. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta sin incidencias.

En 2018 acude a consulta por dolor en rodilla contralateral. En el examen radiológico de rutina, se aprecia en la rodilla izquierda (rodilla intervenida) patela baja (presente en la rx control postoperatorio) así como lateralización relativa del componente femoral.

El paciente muestra su satisfacción con dicha intervención, teniendo un rango de movilidad de 0-100° no doloroso.

CONCLUSIONES

Nuestras conclusiones son, que a pesar de que la literatura consultada muestra unos resultados claramente peores en pacientes intervenidos por gonartrosis postraumáticas comparado con gonartrosis primarias, y que una patela baja y una mala alineación de los componentes protésicos también se asocia a peores resultados clínicos, existe un bajo porcentaje, como en el caso que presentamos, en los que existe una disociación clínico radiológica, en este caso positiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deschamps G, Khiami F, Catonne Y, Chol C, Bussiere C, Massin P. Total knee arthroplasty for osteoarthritis secondary to extra-articular malunions. Orthop Traumatol Surg Res 2010;96:849-855.
2. Shearer DW, Chow V, Bozic KJ, Liu J, Ries MD. The predictors of outcome in total knee arthroplasty for post-traumatic arthritis. Knee 2013;20(6):432-436.
3. Müller ME, Nazarian P, Koch P, Schatzker J. The comprehensive classification of fractures of long bones, Berlin: SpringerVerlag; 1990.