

RESUMEN COMUNICACIÓN / PÓSTER

TÍTULO

LUXACIÓN DEL COMPONENTE PATELAR EN PRÓTESIS DE RODILLA

INTRODUCCIÓN

La luxación del componente patelar es una entidad infrecuente pero de importante morbilidad e incapacidad en pacientes intervenidos de prótesis de rodilla. Las causas principales son: fracturas periprotésicas tras traumatismo y aflojamiento séptico. Factores técnicos como la sobrerresección de la patela, la malposición del componente, el fallo en la cementación y la desalineación del aparato extensor son evitables y se han de tener en cuenta durante la artroplastia.

OBJETIVOS

El objetivo del trabajo es describir el caso de un paciente con dicha patología por traumatismos de repetición.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 86 años con caídas de repetición. Antecedente de artroplastia de rodilla izquierda hace 18 años sin objetivarse aflojamiento de los componentes femoral y tibial durante el seguimiento radiográfico. Sufre nuevo episodio de caída con moderado dolor y derrame sin signos de infección. Presenta: Flexión 100º, déficit de extensión de 5º, sin datos de bloqueo. En radiografía se objetiva luxación del componente rotuliano.

RESULTADOS

Mediante abordaje anterior sobre cicatriz previa se revisan componentes femoral y tibial sin objetivarse aflojamiento de estos.

Se realiza retirada del componente patelar y pateloplastia no colocándose nuevo componente debido al insuficiente remanente óseo con aparato extensor competente.

CONCLUSIONES

La incidencia general de luxación del componente patelar varía del 1% al 3% del total de artroplastias no siendo siempre sintomática. Las opciones terapéuticas dependerán de la causa del aflojamiento.

En el contexto de una artritis séptica el tratamiento será la extracción del componente patelar, revisión del resto de componentes (sustitución en caso de aflojamiento), el lavado quirúrgico exhaustivo con toma de muestras y la antibioterapia sistémica previo a plantear nueva cirugía de prototización.

En pacientes sintomáticos con aflojamiento aséptico del componente patelar las opciones quirúrgicas dependerán de la integridad del aparato extensor y de la cantidad y calidad de superficie de hueso remanente. Las indicaciones para el reimplante de un nuevo componente patelar son: grosor residual de

RESUMEN COMUNICACIÓN / PÓSTER

entre 8- 10 mm, al menos un 50% de cortex dorsal y una buena vascularización ósea. Los implantes biconvexos se utilizan cuando el remanente óseo presenta además un defecto central. El implante metálico de tantalio es una nueva alternativa a los implantes actuales con buenos resultados funcionales a corto plazo.

Cuando el remanente óseo o la vascularización no son las adecuadas las alternativas serían la patelectomía y la pateloplastia. Ambas suponen peores resultados funcionales y complicaciones como necrosis avascular, maltracking y dolor femoropatelar crónico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrack RL, Matzkin E, Ingraham R, et al. Revision knee arthroplasty with patellar replacement versus bony shell. Clin Orthop Relat Res. 1998;356:139-143.
2. Levine B, Sporer S, Della Valle CJ, et al. Porous tantalum in reconstructive surgery of the knee: a review. J Knee Surg. 2007;3:185-194.
3. Pagnano MW, Scuderi GR, Insall JN. Patellar component resection in revision and reimplantation TKA. Clin Orthop Relat Res. 1998;356:134-138.
4. Garcia RM, Kraay MJ, Conroy-Smith PA, Goldberg VM. Management of the deficient patella in revision total knee arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 2008;466:2790-279.
5. Chin KR, Bae DS, Lonner JH, Scott RD. Revision surgery for patellar dislocation after primary total knee arthroplasty. J Arthroplasty. 2004;8:956-961.