

Fractura periprotésica de rodilla sobre prótesis movilizada.

Juan Apellániz Antón, María Garralda del Villar, David Rodríguez Palomo, Rubén Inglán Montes, Gabriel González de los Mártires.

Hospital Universitario de Navarra



Objetivos

Paciente de 62 años que acude a urgencias tras torsión de rodilla derecha en el monte. En tratamiento inmunosupresor por artritis reumatoidea seropositiva erosiva. Intervenido de PTR derecha hace más de 30 años y de PTR izquierda hace 6 años. El paciente dejó de acudir a las revisiones en consulta hace 4 años.

EF: V/N distal correcto. Deformidad y hematoma en rodilla derecha. No heridas. Dolor a la movilización y a la palpación.

Rx rodilla AP y L: Fractura periPTR derecha con componente tibial movilizado.

Se solicita TAC para planificación preoperatoria.

Material y métodos

Se lleva a cabo la retirada de la prótesis, exéresis de los fragmentos óseos residuales y se coloca una PTR Link Mega C. Se coloca vástago tibial pressfit de 160x14. En fémur, se reseca 1 cm de diáfisis y se coloca un cono cilíndrico pequeño con vástago de 100x20 con cemento en base. Es dado de alta a los 14 días post-intervención.



Resultados

Ocho meses desde la cirugía, tras 6 meses en rehabilitación ambulatoria, presenta una rodilla sin derrame y sin puntos dolorosos. Deambulación sin ayudas técnicas. El balance articular es: flexión de 100º y extensión completa. Cuádriceps 4+/5 de fuerza.

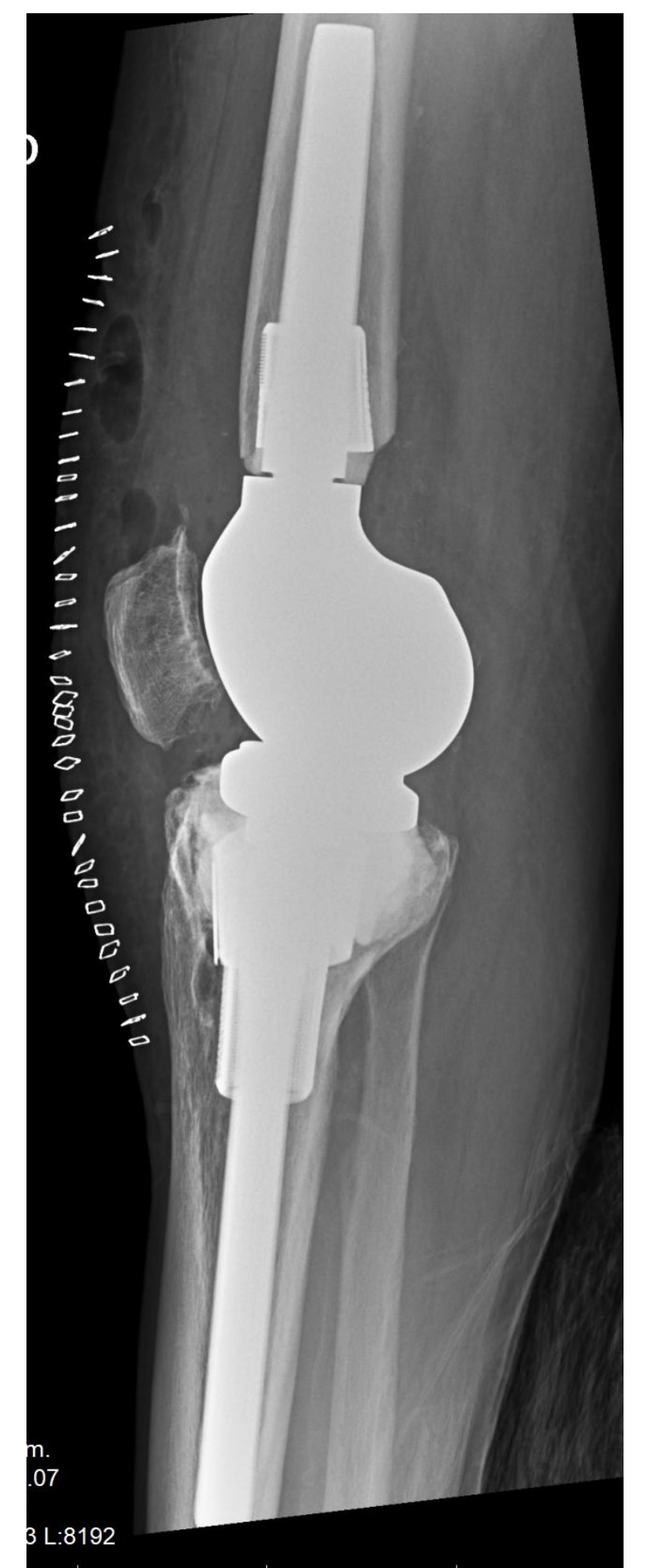
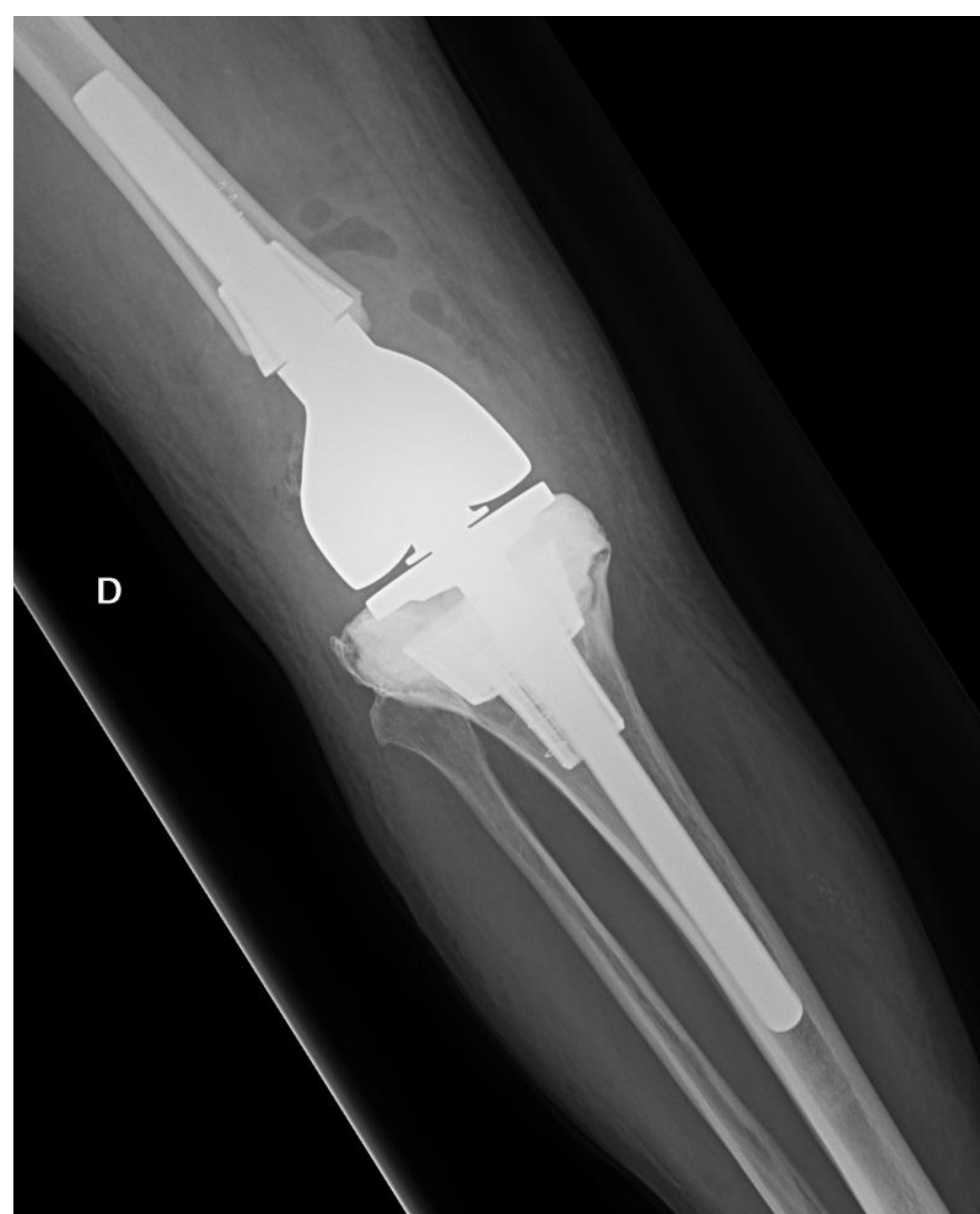
Conclusiones

La incidencia de fracturas periprotésicas de rodilla va en aumento. Se estima una incidencia entre el 0,3% y el 5,5%. Intraoperatoriamente suponen un 0,39% del total de estas, siendo más frecuentes en el fémur.

Postoperatoriamente, la incidencia asciende hasta el 2,5% para las fracturas femorales y el 0,3% para las tibiales. La mortalidad de estos pacientes, en el primer año, es entre el 11% y el 16%, siendo similar al de la fractura de cadera.

La clasificación más empleada es la descrita por Rorabeck y Taylor, que tiene en cuenta el estado de la fractura (desplazada o no) y el estado de la prótesis (intacta o movilizada).

Las tipo III de Rorabeck se definen por presentar aflojamiento protésico, por lo que en estos casos es necesaria la revisión protésica. Normalmente se estabiliza el implante con un vástago intramedular largo (siendo habitual que sea pressfit) con la superficie del implante cementada.



Bibliografía

- Rorabeck CH, Taylor JW. Classification of periprosthetic fractures complicating total knee arthroplasty. Orthop Clin North Am. 1999 Apr;30(2): 209-14.
- Rodríguez-Merchán EC. Fracturas periprotésicas de rodilla. Patología del Aparato Locomotor. 2005;3(4):260-270.
- McGraw P, Kumar A. Periprosthetic fractures of the femur after total knee arthroplasty. J Orthopaed Traumatol. 2010;11: 135-41.