

Luxación anterior atraumática de prótesis total de rodilla con stop poplíteo. A propósito de un caso

Autores: Alejandro Martínez Aragón, Francisco José Francino Prada, Caleb Baz Figueroa, Luis Pallé Martínez, Francisco Javier de Miguel Aparicio

INTRODUCCION

La luxación de una prótesis total de rodilla (PTR) no constreñida, con conservación de ligamento cruzado posterior (LCP) es una complicación muy poco frecuente y que normalmente ocurre tras un traumatismo o por inestabilidad manifiesta.

La mayoría de los casos publicados tratan sobre luxaciones posteriores y mayoritariamente en aquellos modelos de prótesis que sacrifican el LCP.

Deben ser correctamente reducidas y posteriormente descartar complicaciones neurovasculares.

OBJETIVOS

Presentar una **luxación atraumática anterior de PTR CR**, con lesión de arteria poplíteo y su abordaje multidisciplinar con ayuda de cirugía vascular.



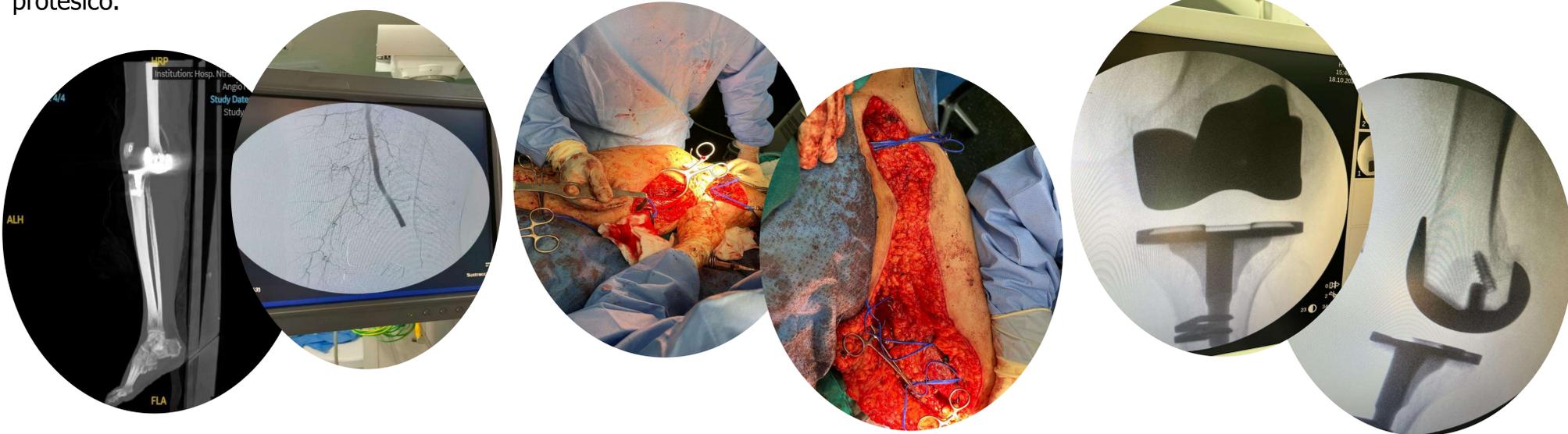
Radiografías preoperatorias donde se objetiva luxación anterior de PTR y **Livideces** y **signos de sufrimiento cutáneo**

MATERIAL Y METODOS

Paciente mujer de 53 años, intervenida de PTR izquierda 6 años antes, con buen funcionamiento previo y sin factores de riesgo, que acudió al servicio de urgencias tras mecanismo de flexión forzada y posterior chasquido con impotencia funcional de su rodilla izquierda.

Presentaba deformidad evidente a la exploración, **pulsos distales abolidos** con sensibilidad conservada. En la **Rx inicial se evidencia luxación anterior de PTR izquierda**. Posteriormente se realizó un **Angio-TC de miembros inferiores** que objetivó una **lesión traumática de arteria poplíteo a nivel de 2º segmento (P2)**.

Se redujo de forma urgente bajo anestesia general en quirófano. Se comprobó radiológicamente, presentando buena estabilidad en varo-valgo y en flexo-extensión, por lo que se decidió no inmovilizar. Posteriormente el cirujano vascular realizó un **bypass poplíteo-poplíteo de 1º a 3er segmento**, con fasciotomías añadidas. En radiografías posteriores no se aprecia ni desgaste del polietileno ni aflojamiento protésico.



RESULTADOS

El control evolutivo en planta fue satisfactorio, sin incidencias vasculares y dolor controlado. Se restringió el apoyo durante dos semanas.

La evolución fue satisfactoria, permitiendo carga progresiva y se realizó tratamiento rehabilitador con fortalecimiento cuadriceps.

En consulta la paciente consigue hasta **110º de flexión activa** y realiza vida normal sin dolor.

CONCLUSIONES

La luxación de una prótesis primaria tiene **una baja incidencia** (en torno a **0,15-0,5 %** según las series) y conlleva una rápida actuación de un equipo multidisciplinar.

Las causas más frecuentes son: **laxitud ligamentosa en flexión, rotación del componente tibial, aparato extensor deficiente y deformidad en valgo.**

El tratamiento tras la reducción debe ser individualizado teniendo en cuenta **comorbilidades, mecanismo de luxación, inestabilidad posterior y riesgos quirúrgicos.**

