

Luxación de prótesis total de rodilla tipo bisagra rotatoria por inestabilidad en flexión. A propósito de un caso.

Dra Miranda Cristina Del Rosal Velásquez
Dr Alberto Losa Sánchez
Dr Juan Sebastián Ruiz Pérez
Dr Enrique Cordero García-Galán



Hospital Universitario La Paz
Hospital de Cantoblanco
Hospital Carlos III

 **Comunidad de Madrid**

Objetivos

Exponer un caso luxación de prótesis total de rodilla (PTR) tipo bisagra rotatoria, las causas descritas, y la secuencia diagnóstica y terapéutica que seguimos en este caso.

Material y metodología

Mujer de 80 años, intervenida de PTR izquierda por gonartrosis, y que precisó revisión a PTR tipo bisagra rotatoria por inestabilidad precoz, así como realineamiento del aparato extensor por luxación de rótula, que acude a urgencias por dolor e impotencia funcional de la rodilla tras un sobreesfuerzo al agacharse. Presenta deformidad posterior de la tibia. La exploración neurovascular distal es normal. En la radiografía (figura 1) se objetiva luxación posterior de la PTR y el angioTC muestra permeabilidad de los 3 troncos arteriales.

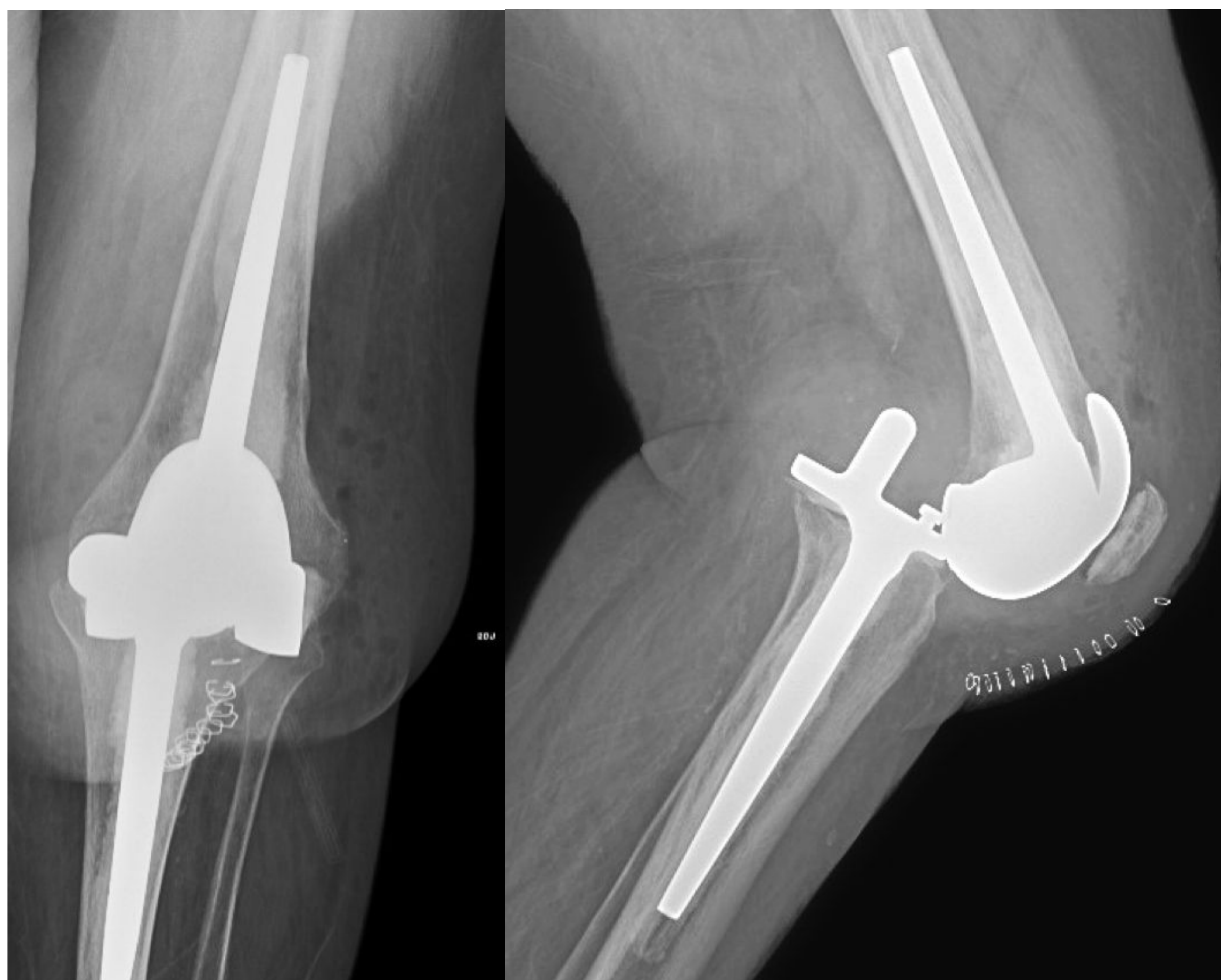


Figura 1.

Resultados

Se realiza de urgencia artrotomía parapatelar medial, observando rotura del casquillo de polietileno del componente femoral (figura 2) y una inestabilidad global con un gap en flexión de 3cm (figura 3). Ante estos hallazgos, se decide recambiar el componente femoral de la PTR, siendo además distalizado con cementación sobre cemento. La paciente recibe el alta a los 4 días con buena evolución. A los 6 meses la rodilla está estable, indolora y con un balance articular completo.

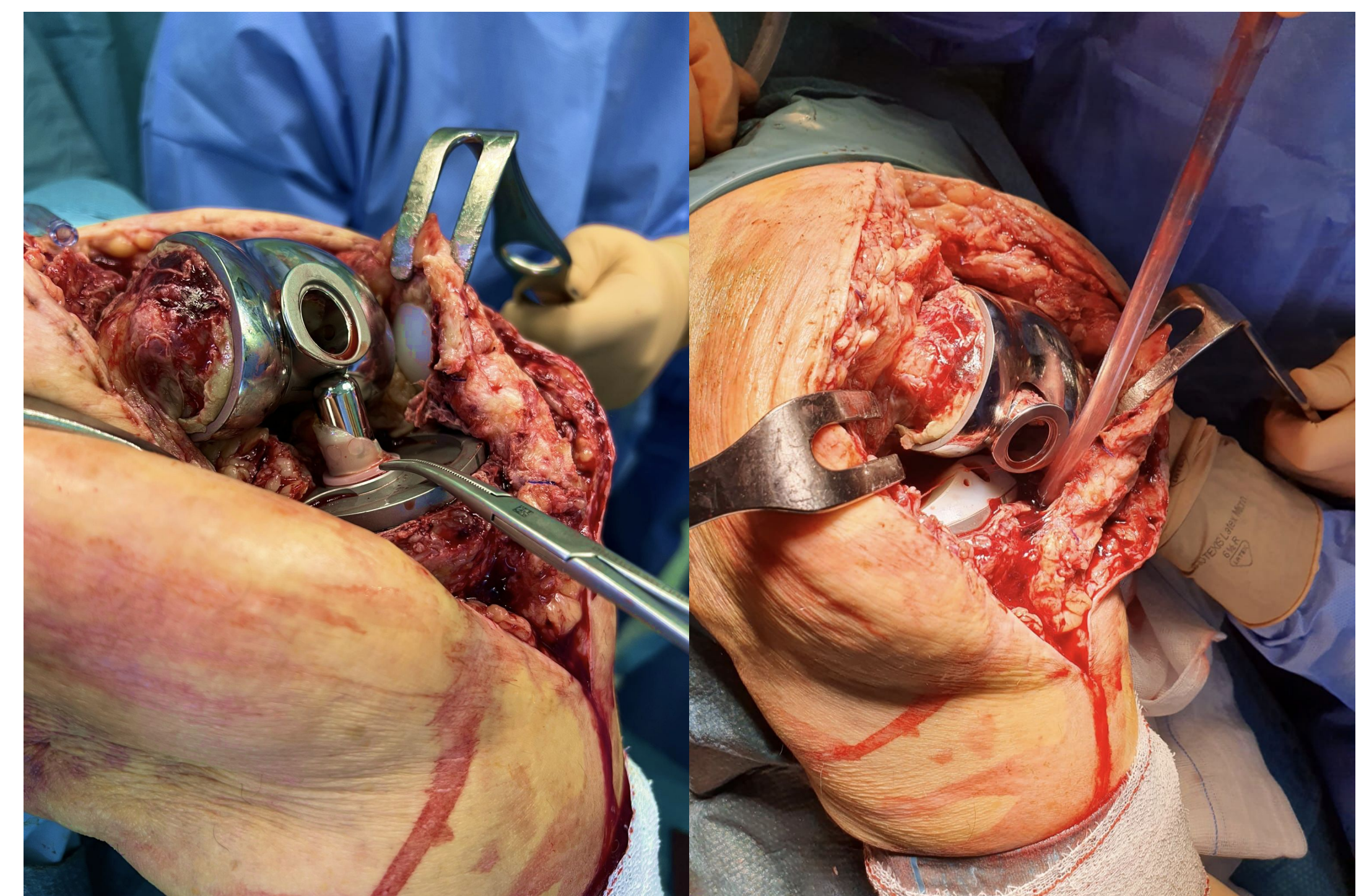


Figura 2.

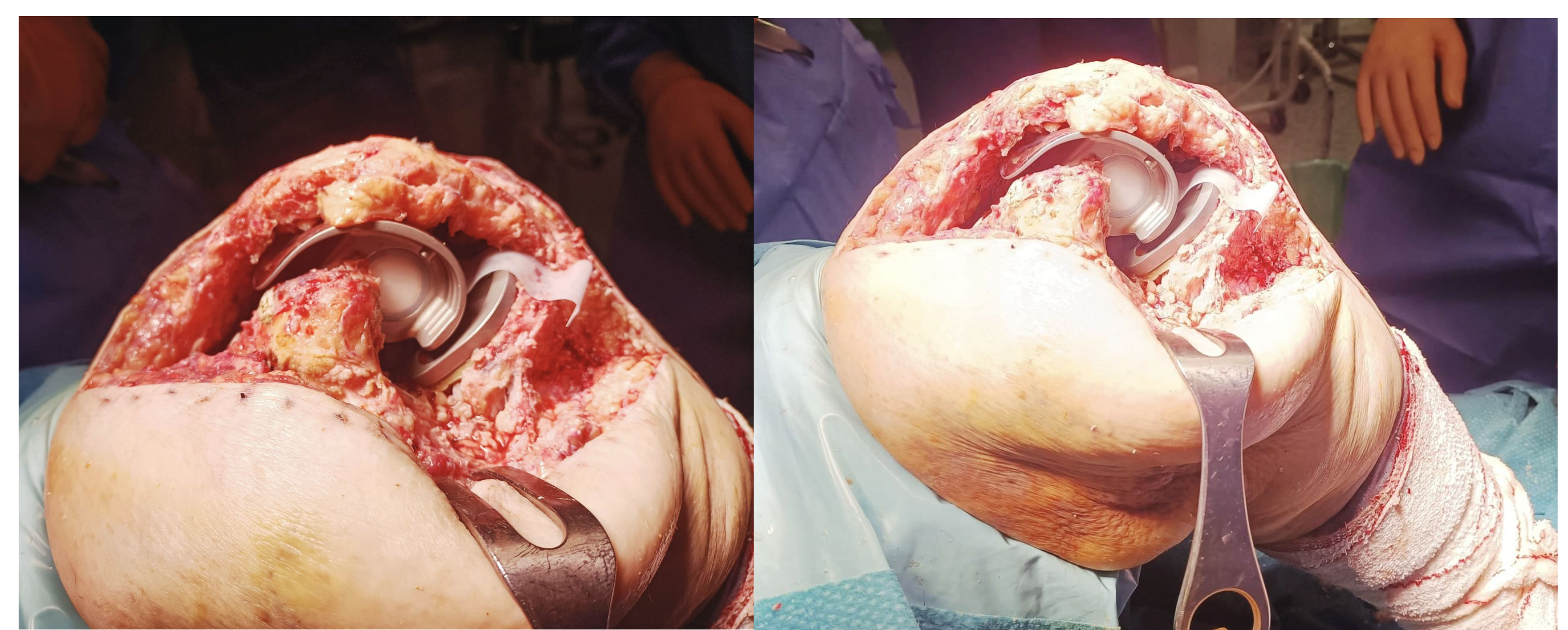


Figura 3.

Conclusiones

La luxación de la PTR bisagra rotatoria es rara, siendo descrita en el 0,7- 4,4% de los portadores (1). Los factores de riesgo más frecuentes son los traumatismos y el desequilibrio ligamentario, incluido el del aparato extensor (1,2) Se trata de una causa potencialmente grave de lesión neurovascular, por lo que su diagnóstico debe ser rápido e incluir un angioTC (1).

Debe evitarse la reducción cerrada, ya el sistema antiluxación suele romperse en la luxación (casquillo femoral), disminuyendo el éxito de la maniobra (3); el tratamiento idóneo la reducción abierta y revisión de los componentes que han fracasado (1,3). Más importante aún es la prevención de la luxación, optimizar el equilibrio ligamentoso al implantarse la PTR, especialmente de los estabilizadores en flexión (1).

Bibliografía

1. Encinas-Ullán CA, Gómez-Cardero P, Ruiz-Pérez JS, Rodríguez-Merchán EC. Dislocation of rotating-hinge total knee arthroplasty. EFORT Open Rev. 2021 Feb 1;6(2):107-112.
2. Ward WG, Haight D, Ritchie P, Gordon S, Eckardt JJ. Dislocation of rotating hinge total knee prostheses: a biomechanical analysis. J Bone Joint Surg Am 2003; 85:448-453.
3. Cavaignac E, Tricoire JL & Pailhé R et al. Recurring intraprosthesis dislocation of rotating-hinge total knee prosthesis: effect of implant design on intrinsic stability. Orthop Traumatol Surg Res 2014; 100:835-837.