



TEMA DE ACTUALIZACIÓN

Implantación del componente rotuliano en la artroplastia total de rodilla: situación actual

J.M. Sánchez-Márquez* y E.C. Rodríguez-Merchán

Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 9 de febrero de 2009; aceptado el 14 de enero de 2010

PALABRAS CLAVE

Rodilla;
Artroplastia;
Componente rotuliano

KEYWORDS

Knee;
Arthroplasty;
Patellar component

Resumen

Introducción: Implantar o no el componente rotuliano (CR) en prótesis de rodilla es un tema controvertido.

Material y método: Para intentar clarificar esta controversia hemos revisado artículos de evidencia científica grados 1 y 2.

Resultados: Sin CR, el porcentaje de dolor anterior de rodilla oscila entre 17–69% frente al 5,3–37% cuando se coloca el CR. Sin CR, el porcentaje de reoperación va de 0–20%, y es de 0–13% cuando se implanta el CR. Un estudio prospectivo ha demostrado que la clasificación de Outerbridge sirve para decidir si implantar o no el CR.

Conclusiones: La controversia sigue sin estar resuelta. Para algunos autores es mejor colocar siempre el CR. Sin embargo, otros señalan que no es necesario colocar el CR en los grados I, II y III de Outerbridge, y es aconsejable hacerlo en los grados IV.

© 2009 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Implantation of the patellar component in the total arthroplasty of the knee: current situation

Abstract

Introduction: Implanting or not implanting the patellar component (PC) in knee prosthesis (TKP) is a controversial subject.

Material and method: In an attempt to clarify this controversy, we have reviewed grade 1 and 2 scientific evidence articles.

Results: The percentage of anterior knee pain without PC ranges from 17% to 69% versus 5.3%–37% when the PC is placed. Without PC, the percentage of reoperation goes from 0% to 20%, this being from 0% to 13% when the PC is implanted. A prospective study has demonstrated that the Outerbridge classification serves to decide on whether to perform a PC implant or not.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jm.sanchez.marquez@gmail.com (J.M. Sánchez-Márquez).

Conclusions: The controversial is still unsolved. For some authors, it is better to always place a PC. However, others state that it is not necessary to do so in Outerbridge grades I, II and III, being recommendable to do so in grade IV.

© 2009 SECOT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La artroplastia total de rodilla (ATR) es uno de los procedimientos más frecuentes en el campo de la cirugía reconstructiva del adulto. El tratamiento de la superficie articular de la rótula durante la ATR es controvertido, de manera que existen 3 opciones: no sustituir nunca la rótula, sustituirla siempre, o bien sólo de forma selectiva en función de la clínica y de los hallazgos intraoperatorios.

Los primeros diseños de prótesis total de rodilla (PTR) no tenían en consideración la articulación patelofemoral, lo que provocaba dolor anterior de rodilla en el 40–58% de los pacientes. Además, la mayor incidencia de dolor en pacientes con artritis reumatoide contribuyó a la incorporación del componente patelar en los diseños posteriores.

Inicialmente, se incluyó un escudo anterior en el componente femoral sin sustituir la superficie patelar, aunque esto no fue suficiente para mejorar los resultados; se trataba de un escudo plano que provocaba inestabilidad de la rótula. Posteriormente, al escudo anterior femoral se le añadió una concavidad en la que articulaba un componente de polietileno implantado en la rótula. El primer reemplazo patelar se realizó en 1974; se trataba de una cúpula de polietileno para una prótesis *total condylar* (Zimmer[®], Warsaw, IN)¹.

Los mejores resultados obtenidos con el recambio patelar hicieron que muchos cirujanos defendieran la sustitución sistemática de la rótula. Posteriormente, se comenzaron a publicar las complicaciones asociadas a la sustitución de la rótula, como la fractura, el desgaste del polietileno, el aflojamiento del componente patelar o la rotura del tendón rotuliano, lo que llevó al concepto de sustitución selectiva de la patela en la ATR. En la [tabla 1](#) están representadas las indicaciones tradicionales de sustitución o conservación de la superficie articular patelar.

A pesar de la gran cantidad de estudios realizados para intentar clarificar las indicaciones de sustitución de la rótula

durante la ATR, éstos no demuestran una clara superioridad del recambio patelar frente a no sustituir la rótula, por lo que la controversia persiste en la actualidad. El objetivo de este tema de actualización ha sido tratar de clarificar esta controversia a la luz de los conocimientos actuales con evidencia científica.

Consideraciones previas

Antes de sustituir la rótula hay que tener en cuenta unas consideraciones biomecánicas. La patela actúa como un fulcro dinámico para transmitir las fuerzas generadas por el cuádriceps a través de la rodilla, de manera que cuando se realiza una patelectomía se produce una reducción del 50% de la fuerza de extensión de la rodilla. Además, la contracción del cuádriceps provoca un incremento de la presión en la articulación patelofemoral que puede ser de hasta 6,5 veces el peso corporal².

El adelgazamiento de la rótula en los casos en que se sustituye, combinado con la osteopenia y la devascularización asociada a la liberación del retináculo, incrementa el riesgo de fractura. Otro elemento para tener en cuenta es el origen del dolor anterior de rodilla tras la ATR. Es habitual asociar este dolor a la articulación patelofemoral, pero hay que descartar otras causas como tendinitis, bursitis, plicas sinoviales, neuromas, osteonecrosis, síndrome del *clunk* patelar y otros cuadros menos frecuentes.

El diseño del componente protésico femoral, a la hora de determinar si cambiar o no la superficie rotuliana, resulta fundamental. Los primeros diseños se asociaban a una tasa elevada de subluxación de la patela debido a una incongruencia de la articulación femoropatelar. Diferentes estudios demuestran que una localización más medial del componente patelar, un surco más profundo y lateralizado en el componente femoral y la implantación en rotación externa de éste favorecen un recorrido más anatómico de la rótula en la tróclea femoral³.

Tabla 1 Indicaciones tradicionales de implantación o no implantación del componente rotuliano en la artroplastia total de rodilla

| Indicaciones tradicionales de implantación del componente rotuliano | Indicaciones tradicionales de conservación de la patela nativa |
|---|---|
| Edad avanzada | Pacientes delgados y con poca estatura |
| Dolor anterior de rodilla o síntomas femoropatelares | Edad joven |
| Cambios radiográficos femoropatelares | Artrosis o artropatía no inflamatoria |
| Artropatías inflamatorias | Cartílago femoropatelar bien preservado |
| Obesidad | Congruencia de la articulación femoropatelar |
| Incongruencia femoropatelar intraoperatoria | Grosor o tamaño de patela insuficiente para colocar el implante protésico |
| Historia de luxación o subluxación patelar | Componente femoral con escudo patelar anatómico para la rótula |
| Componente femoral con escudo patelar no anatómico | |
| Gran pérdida del cartílago femoropatelar | |

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4086764>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4086764>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)