

Prótesis Total de Rodilla. Experiencia Taiwán. Presentación de Quince Casos

Total Knee Replacement Surgery. Taiwan Experience. Presentation of Fifteen Cases

Gregor R., Campos D.

Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Nacional, Itauguá, Paraguay

INTRODUCCION

Las prótesis constituyen la sustitución de una parte del cuerpo por un objeto artificial, específicamente por un instrumento diseñado y colocado con el fin de mejorar una función.¹

La prótesis de rodilla es un sustituto artificial de la articulación de la rodilla. Está compuesta por 2 componentes: uno femoral y otro tibial. En ocasiones se opta también por el reemplazo de la articulación femoropatelar.²

Existen diferentes tipos de prótesis, que se eligen según los requerimientos específicos de cada paciente. Dependiendo de los componentes que se implantan se diferencian en: prótesis totales de rodilla, prótesis parciales de rodilla, prótesis con estabilización posterior, prótesis tumorales, prótesis de recambio. Dependiendo de la forma de anclaje de los componentes se diferencian en: prótesis híbridas y cementadas.³

El objetivo principal de la artroplastia es primordialmente la disminución del dolor, y secundariamente recuperar la funcionalidad de la articulación. Es importante considerar en este punto el rol que cumple la rodilla en la estabilidad durante la posición parada.⁴

Las causas más comunes de dolor crónico e incapacidad de la rodilla son la artrosis, la artritis reumatoide y la artritis post-traumática.

El procedimiento como tal tarda aproximadamente dos horas y se realiza con anestesia general o epidural, según el caso. El cirujano ortopédico eliminará el cartílago y el hueso dañado, y luego colocará una nueva superficie de articulación de metal y plástico a fin de restaurar la alineación y el funcionamiento de su rodilla.^{5,6}

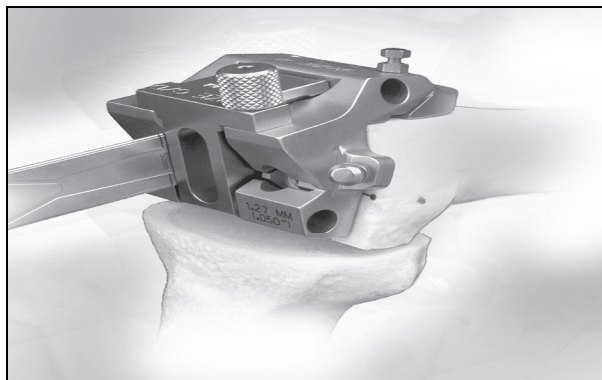


Fig 1: Instrumental de colocación de prótesis de rodilla



Fig 2: Prótesis Total de Rodilla.

CASOS CLINICOS

Entre el 14 y 21 de octubre del 2009 se colocaron prótesis total de rodillas en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Nacional de Itauguá a través de un convenio con el Gobierno de Taiwán, que donó prótesis de tercera generación con estabilización posterior cementadas.

Fueron seleccionados 15 pacientes, en base a criterios específicos como: edad, condiciones clínicas generales, enfermedades de base asociadas, afección uni o bilateral de rodillas, grado de degeneración articular, etc.

Etiológicamente, la causa prevalente del compromiso articular constituyeron las artrosis degenerativas primarias: 14 pacientes (93%). Un caso correspondía a artrosis secundaria a traumatismo. La media de edad de los pacientes operados fue de 68 años, con un rango etario de 53 a 78 años.

Hubo una prevalencia del sexo femenino: 10 casos (66%). La afectación articular dominante fue de la rodilla derecha (60%).

No se detectaron complicaciones inherentes a procedimientos quirúrgicos mayores traumatológicos (infecciones, fracturas periprotésicas, descementación, inestabilidad) hasta la tercera semana postoperatoria. Se ha presentado un caso de parestesia localizada, el cual constituye una complicación menor, que posteriormente remitió espontáneamente.

Se ha hecho un seguimiento evolutivo desde el punto de vista clínico y funcional, el cual fue protocolizado en base a un cuestionario, el cual se denomina Ranking System for Knee Surgery, utilizado en el Hospital General de Cathay de Taiwán. Dicho seguimiento es acompañado de una evaluación radiológica.

En dicha evaluación funcional realizada a las 2 semanas postoperatorias se han encontrado los siguientes hallazgos: el 60% de los pacientes no presentaba dolor ni incomodidad alguna, el 26% presentaba dolor leve relacionado con la actividad, un 14% presentaba dolor moderado con la actividad.

En cuanto a la deambulación, el 60% realizaba sus actividades cotidianas con normalidad, un 20% no presentaba limitación para la actividad física normal, y otro 20% realizaba sólo actividades limitadas dentro de su casa. Considerando el soporte complementario, un 40% no requería ningún medio de soporte, un 50% utilizaba todavía andador y un 10% utilizaba bastón.

Otro parámetro utilizado para evaluar la recuperación funcional fue el uso de escaleras y sillas: el 40% de los pacientes no necesitaba asistencia para utilizar escaleras, un 60% requería aún el uso de andador o bastón. En cuanto al uso de sillas, 66% requería uso de las extremidades superiores y 33% requería asistencia parcial.

Como parámetro fundamental de evaluación funcional se tomó en cuenta el rango de movimiento, considerándose ideal una flexión de 90 grados. En esta casuística, se obtuvo un promedio de 100 grados de flexión a los 15 días postoperatorios, el cual demuestra una excelente recuperación funcional y un favorable pronóstico evolutivo para los pacientes.



Fig 3: Fotografía de frente (preoperatorio)
Fuente: Dr. Campos D.



Fig 4: Fotografía de frente (10 días del postoperatoria)
Fuente: Dr. Campos D.



Fig 5: Radiografías postoperatorias inmediatas
(frente y lateral) de paciente operada de prótesis de rodilla.
Fuente: Dr. Campos D.

BIBLIOGRAFIA

1. Bucholz RW, Heckman JD. Rockwood and Greens. Fracturas en el adulto. Editorial Marban. 5ta Edición. 2007. 1871-1875.
2. Trillat A, Dejour H, Bousquet G, Grammont P. Rotational knee prosthesis. Concept, mechanical creation, results and indications (the first 50 clinical cases). Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 1973 Sep; 59(6):513-22.
3. Ramos Vértiz AJ. Traumatología y ortopedia. Atlante. 2ª ed. 2006. 193-199.
4. Cemented and Cementless Knee Replacement. Disponible en: <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00360>
5. Zimmer NexGen LPS Fixed Knee Manual de colocación de prótesis. Surgical Technique. 7-10. Disponible en: <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00763386>
6. Reemplazo Total de Rodilla. Disponible en: http://www.orthopodsurgeon.com/totalknee_sp.html