

CASO CLÍNICO Nº 33 (SCLECARTO, 2011)

AUTOR

Comité editorial de www.sclecarto.org

CASO CLINICO

Paciente varón de 81 años de edad con insuficiencia vascular crónica severa, con úlceras en las piernas, y dolor mecánico invalidante de ambas rodillas que no responde al tratamiento conservador y que le limita en todas sus actividades. En la exploración física, además de los signos propios de la gonartrosis, se objetivaban signos de la insuficiencia vascular, con úlceras profundas a nivel de las regiones maleolares externa e interna de ambos tobillos (Figuras 1 y 2). El paciente deambulaba con ayuda de dos bastones con mucha dificultad. Los hallazgos radiográficos y un corte coronal de la RM se muestran en las figuras 3, 4 y 5.



Figura 1



Figura 2



Figuras 3, 4 y 5

DIAGNÓSTICO

Gonartrosis secundaria a osteonecrosis condílea en paciente con insuficiencia vascular periférica severa.

TRATAMIENTO Y RESULTADO

Tras discutir la conveniencia de la artroplastia de sustitución, en lo que no hubo consenso entre los miembros del equipo, se decidió realizarla por insistencia del paciente y su familia, conocedores del riesgo al que se exponían, implantar una prótesis total de rodilla.

La intervención se llevó a cabo sin incidencias y no hubo complicaciones en el postoperatorio. Transcurridos dos años desde la intervención el paciente continúa asintomático muy satisfecho con el resultado de la prótesis, solicitando la misma intervención en la rodilla contralateral.



Figura 6

Figura 7



Figura 8



Figura 9

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la gonartrosis, como bien sabemos, es sencillo. Clínicamente se sospecha en un paciente anciano con dolor de ritmo artrósico, chasquidos y más o menos impotencia funcional. El estudio radiográfico confirma la sospecha, pudiendo demostrar otras lesiones independientes y/o desencadenantes de la artrosis, como pudiera ser una osteocondritis o necrosis condílea. Fue el caso que nos ocupa, donde la radiografía no demostraba signos típicos artrosicos y sí una imagen que parecía corresponder a una lesión del cóndilo femoral interno. La RM confirmó esta suposición. No es la intención esta vez discutir en torno al diagnóstico y su etiopatogenia sino sobre el tratamiento propuesto y la patología vascular periférica del paciente, que lo exponía a complicaciones que podían poner en riesgo su miembro.

La indicación más frecuente de una prótesis total de rodilla es la gonartrosis. También está indicada en artropatías inflamatorias y metabólicas, o en procesos como la osteocondritis y la necrosis avascular en pacientes ancianos. Independientemente de la causa de la artropatía, el éxito de la intervención depende de la selección del paciente, de la elección del diseño del implante, de una planificación preoperatoria adecuada, y de una técnica quirúrgica correcta. El candidato ideal sería aquél con una de las patologías referidas, sintomática, que no ha respondido a otros métodos de tratamiento, máxime si es invalidante, cuando es radiográficamente manifiesta y se supone que obtendrá más beneficios que perjuicios.

Una mala perfusión vascular periférica es un factor predisponente para complicaciones después de una prótesis total de rodilla, aumentando el riesgo de infecciones y agravamiento de la enfermedad vascular, exponiendo al paciente a nuevas intervenciones que podrían concluir con la amputación del miembro y, excepcionalmente, con su fallecimiento. Por otra parte, la propia artroplastia supone un riesgo, aunque mínimo, de insuficiencia arterial aguda. Este riesgo se estima en un 0,03-0,2%% y aumenta cuando existe una insuficiencia vascular previa, ausencia de pulsos pedios, calcificaciones arteriales o injertos fémoro-poplíteos distales. Por todo ello, en estas circunstancias, una evaluación preoperatoria completa y la participación de un cirujano vascular en la decisión es esencial.

La decisión final de la implantación de una prótesis total de rodilla debiera tomarla el paciente informado, asumiendo el traumatólogo su parte de responsabilidad en la recomendación, sabiendo que la supervivencia global de las prótesis que se implantan en un centro especializado es del 97% a los 10 años, que en el 20 % de los pacientes persiste un dolor ligero y en un 5 % un dolor persistente, que un 10% no están satisfechos con el resultado y que existe la posibilidad de complicaciones. Estas son más frecuentes cuando concurren, además de otras, enfermedades vasculares periféricas. En el caso de esta semana el riesgo de una artroplastia era evidente. El paciente y su familia lo aceptaron y el cirujano lo asumió. La recomendación para repetir el procedimiento en la rodilla contralateral fue no volver a correrlo.

BIBLIOGRAFÍA

Altman RD, Abadie E, Avouac B, Bouvenot G, Branco J, Bruyere O, Calvo G, Devogelaer JP, Dreiser RL, Herrero-Beaumont G, Kahan A, Kreutz G, Laslop A, Lemmel EM, Menkes CJ, Pavelka K, Van De Putte L, Vanhaelst L, Reginster JY. Total joint replacement of hip or knee as an outcome measure for structure modifying trials in osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2005;13:13-9.

Callahan CM, Drake BG, Heck DA, Dittos RS. Patient outcomes following tricompartmental total knee replacement. A meta-analysis. *JAMA* 1994;271:1349-57.

Garabekyan T, Oliashirazi A, Winters K. The value of immediate preoperative vascular examination in an at-risk patient for total knee arthroplasty. *Orthopedics*. 2011 Jan 3;34(1):52.

Herold C, Steiert A, Knobloch K, Busche MN, Altintas MA, Vogt PM. Angiographic findings in patients with postoperative soft tissue defects following total knee arthroplasty. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2011 May 25.

Holmberg A, Milbrink J, Bergqvist D. Arterial complications after knee arthroplasty: 4 cases and a review of the literature. *Acta Orthop Scand*. 1996;67(1):75-8.

Rand JA. Vascular complications of total knee arthroplasty. Report of three cases. *J Arthroplasty*. 1987;2(2):89-93.

Santaguida PL, Hawker GA, Hudak PL, Glazier R, Mahomed NN, Coyte PC, Wright JG. Patient characteristics affecting the prognosis of total hip and knee joint arthroplasty: a systematic review. *J Can Chir* 2008;51:428-36.