



RIPOLL MEDICAL GROUP
TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Criterios Médicos del Servicio

SUSTENTADOS POR LA BIBLIOGRAFÍA MÉDICA

Prótesis de rodilla



CRITERIOS MÉDICOS DEL SERVICIO PARA LA PRÓTESIS DE RODILLA SUSTENTADOS POR LA BIBLIOGRAFÍA MÉDICA

El reemplazo articular de la rodilla es una técnica habitual en nuestro servicio. Consiste en sustituir los elementos con alto grado de deterioro de la articulación por estructuras metálicas y plásticas que devuelven la funcionalidad a la rodilla.

Cuando sustituimos una parte de la rodilla, hablamos de prótesis monocompartimental o, en el caso de sustituir la articulación de la rótula con la tróclea de la rodilla, hablamos de prótesis femoropatelar.

Si, por el contrario, sustituimos el conjunto de la articulación, hablaremos de prótesis total de rodilla.

Nuestra filosofía es proceder a realizar los reemplazos de rodilla cuando además de reunir las condiciones radiológicas, el paciente experimenta dolor e impotencia funcional que dificultan de modo severo el desarrollo de su vida diaria. Mientras esto no suceda, somos partidarios del tratamiento conservador de la osteoartritis de rodilla.

En individuos jóvenes, somos especialmente restrictivos y solo recurriríamos a la prótesis como último recurso después de haber agotado todos los procedimientos de reconstrucción biológica de la rodilla con tejidos de procedencia humana (tanto propios, como de un banco de tejidos) y otros tipos de tratamientos conservadores.

La prótesis de rodilla es una operación importante, pero sus resultados en la actualidad son muy satisfactorios.

ÍNDICE

Pulsa sobre cada capítulo para acceder a su contenido.

1. | Prótesis total de rodilla.

2. | Prótesis monocompartimental.

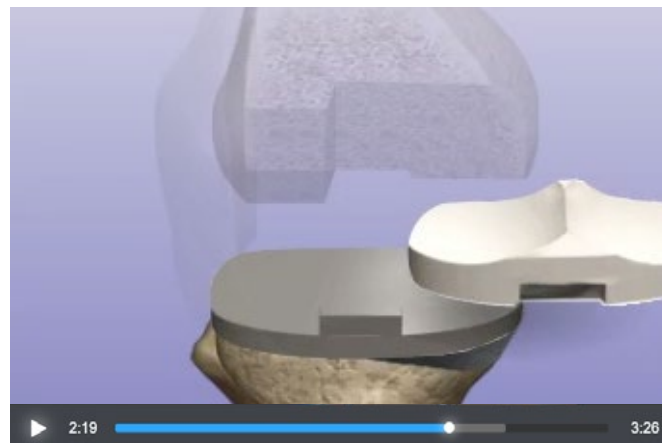
2.1. | Criterios clínicos.

2.2. | Criterios radiológicos.

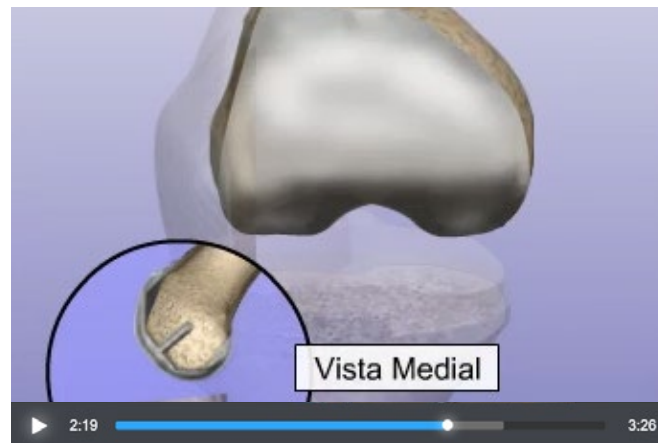
2.3. | Contraindicaciones.

2.4. | Resultados.

1 | Prótesis total de rodilla.



Revisión de reemplazo de la articulación de la rodilla
Fuente: Understand



Reemplazo total de la articulación de la rodilla.
Fuente: Understand

Arthroscopy

The Journal of Arthroscopic
and Related Surgery

AANA | ARTHROSCOPY ASSOCIATION
OF NORTH AMERICA

Comentario editorial: La obesidad y la osteoartritis son factores de riesgo para la conversión a artroplastia, con o sin cirugía artroscópica de rodilla previa.

Luke V. Tollefson, B.S. • Jonathan T. Super, M.B.B.S., B.Sc., M.R.C.S. • Iain R. Murray, F.R.C.S., Ph.D. • Robert F. LaPrade, M.D., Ph.D.

Resumen

Las cirugías artroscópicas cumplen diversas funciones en la rodilla. Algunos procedimientos, como las menisectomías y las condroplastias, pueden mejorar la función y el dolor del paciente, pero no restauran la biomecánica articular, mientras que la reparación de meniscos y las reconstrucciones de ligamentos intentan restaurar la biomecánica original de la rodilla y las presiones de contacto. **Es bien sabido que los mismos factores de riesgo para los malos resultados clínicos y reportados por los pacientes en las cirugías artroscópicas, como la osteoartritis y la obesidad, conducen a la artroplastia de rodilla, y las patologías intraarticulares que conducen a los procedimientos artroscópicos también suelen conducir a un aumento en las tasas de artroplastia.** Lo que no está claro es cómo los factores relacionados con una lesión original (como el edema subcondral asociado) en comparación con la cirugía en sí, el momento de la cirugía o los factores del paciente (como la obesidad y la osteoartritis preexistente) contribuyen a la progresión a la artroplastia. Lo que sí entendemos es que existe un impulso creciente para realizar procedimientos artroscópicos que buscan restaurar la biomecánica nativa de la rodilla y la función del tejido, como la reparación del menisco o la reconstrucción del ligamento, porque está bien establecido que la artroscopia tiene un papel limitado en pacientes con enfermedad articular degenerativa sin síntomas mecánicos específicos.

[Leer artículo completo](#)

Artroplastia total de rodilla sin cemento.

Alessandro Aprato, Salvatore Risitano, Luigi Sabatini, Matteo Giachino, Gabriele Agati, and Alessandro Massè

Resumen

Esta revisión respalda la viabilidad de TKA sin cemento. Sin embargo, quedan muchas preguntas por aclarar sobre selección de pacientes, diseño de implantes, así como protocolos óptimos de rehabilitación. Sin embargo, la calidad de las publicaciones. examinar estos temas está mejorando y aumentando. Los datos en grandes series de pacientes a largo plazo El seguimiento de la TKA no cementada es similar al reportado resultados de TKA cementado con un seguimiento similar. Registro los datos no son concluyentes en términos de mostrar una ventaja de un tipo de fijación versus otro. Las publicaciones recientes (Tabla I) muestra mejores resultados que los informes anteriores. Se ha avanzado en el diseño de implantes sin cemento en términos de metalurgia, dimensionamiento y fijación superficial. Las mejoras en polietileno y topografías cinemáticas han introducido en dispositivos sin cemento y cementados. La instrumentación ha mejorado, lo que debería permitir Preparación ósea más precisa. Lecciones aprendidas sobre la importancia de la estabilidad inicial del implante. Este conocimiento debería conducir a mejores resultados para TKA no cementado, pero requerirá confirmación en el futuro estudios. Podría decirse que el TKA cementado sigue siendo la referencia estándar y tiene datos científicos sólidos para respaldar su posición continua. Como la demografía y las expectativas de pacientes futuros que requieren cambio de TKA, el interés en TKA sin cemento probablemente continuará aumentando. Se necesita más estudio antes de aclarar el papel correcto de TKA sin cemento.

Pautas de rehabilitación después de una artroplastia total de rodilla: una revisión.

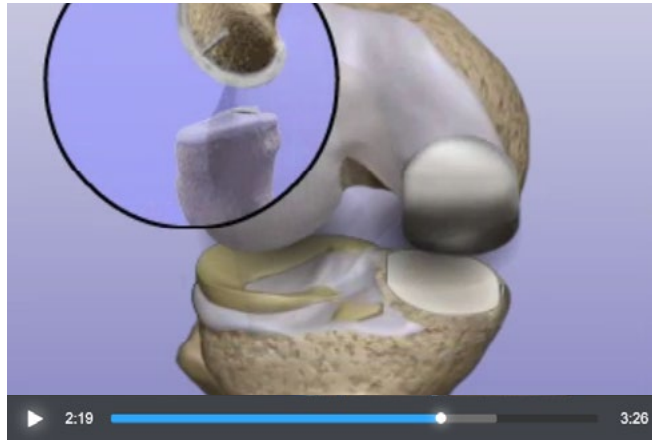
Jaydev B Mistry, Randa D K Elmallah, Anil Bhawe, Morad Chughtai, Jeffrey Jai Cherian, Tanner McGinn, Steven F Harwin, Michael A Mont

Resumen

La rehabilitación después de la artroplastia total de rodilla (ATR) continúa planteando un desafío para tanto pacientes como proveedores. Además, las pautas varían considerablemente entre las instituciones, que a menudo dejan los regímenes de terapia a discreción del proveedor. Las faltas de Las directrices claras para la rehabilitación pueden contribuir a la recuperación inadecuada de la fuerza y rango de movimiento, lo que resulta en resultados funcionales menos óptimos. Por lo tanto, el objetivo de esta revisión fue destacar y discutir una variedad de modalidades de rehabilitación post-TKA actualmente disponible y para proporcionar evidencia sobre eficacia y practicidad. Específicamente, evaluamos el papel y la evidencia de la terapia con ejercicios, la terapia acuática, el equilibrio entrenamiento, movimiento pasivo continuo, terapia de frío y compresión, neuromuscular, estimulación eléctrica, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y terapia asistida por tejidos blandos. Además, propusimos recomendaciones generales para rehabilitación después de TKA, y como describimos específicamente a pacientes activos y obesos, nosotros también han incluido pautas para estos subconjuntos. Nuestra revisión examina las diferentes modalidades de rehabilitación para ofrecer sugerencias para la recuperación de la fuerza y el rango de movimiento después de TKA, con un enfoque en la incorporación temprana de la terapia de ejercicio, equilibrio entrenamiento, terapia acuática, terapia crio-neumática, estimulación eléctrica neuromuscular, y estimulación nerviosa eléctrica transcutánea. Dedicación y compromiso con La rehabilitación puede ayudar a los pacientes a alcanzar y superar sus niveles de actividad preoperatoria.

2 | Prótesis monocompartimental.

La prótesis total de rodilla está indicada en pacientes con edades preferentemente superiores a los 50 años con osteoartritis que afecta al conjunto de la rodilla y que, en consecuencia, tiene una alteración severa de su vida normal.



Reemplazo parcial de la articulación de la rodilla
Fuente: Understand



iBalance® Patellofemoral Joint Arthroplasty
Fuente: Arthrex

2.1 | Criterios clínicos.

- Dolor invalidante aislado en la interlínea femorotibial internacional.
- Afectación muy acusada de la vida cotidiana.
- Movilidad articular conservada o ligeramente disminuida. En todo caso, no debe presentar un flexo mayor de 10 grados.
- Los ligamentos cruzados deben de ser normales.
- No debe presentar obesidad.
- No debe presentar artritis inflamatoria o microcristalina.

2.2 | Criterios radiológicos.

- Pinzamiento monocompartimental femorotibial interno completo.
- No afectación de otros compartimentos.
- Varus tibial menor de 10 grados.
- No presentar laxitud articular en las radiografías de estrés.

2.3 | Contraindicaciones.

- Presentar artritis inflamatoria.
- Presentar una ruptura del LCA crónica con subluxación tibial estática.
- Artrosis femoropatelar activa.
- Varo superior a 10 grados.
- Tener adelantado el fémur con respecto a la tibia en el plano frontal.

2.4 | Resultados.

En nuestra experiencia, los resultados son buenos y la recuperación es rápida. Los pacientes retornan a la actividad física moderada prácticamente en el 100% de los casos.

Implantar una prótesis monocompartimental no cierra la puerta a poder realizarle al paciente una prótesis total más adelante.