

PINZAMIENTO FEMOROPATELAR LATERAL COMO CAUSA DE DOLOR TRAS PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA, ¿REALMENTE EXISTE?

Poveda Cerrillo, César; García Chamorro, Marta; Martínez Garrido, Ignacio.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Unidad de Rodilla.
HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

INTRODUCCIÓN

El **dolor** en paciente portador de prótesis total de rodilla (PTR) **de origen femoropatelar** ha sido descrito como una causa de complicación tras la cirugía protésica de rodilla, tanto primaria como de revisión. Sin embargo, dentro de esta etiología el **pinzamiento femoropatelar lateral (PFL)** ha sido reportado pocas veces, e incluso puesta en duda su existencia.

OBJETIVOS

Exponer el caso de una paciente con PTR primaria dolorosa con origen en un **PFL** y su manejo, para de esta forma dar visibilidad a esta posible complicación tras cirugía protésica.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 75 años intervenida mediante **PTR MB-AS 5 años antes**. A la exploración física presenta **dolor anterior superolateral**, que empeora al levantarse de la sedestación y al subir/bajar escaleras. Rango de movilidad de **0º** para extensión y **110º para flexión**. Exploración de cadera y a nivel lumbar anodinas. En radiografía simple se aprecia una correcta alienación sin signos de aflojamiento, así como **hiperpresión externa**. Tras solicitarse TC como estudio previo a posible intervención quirúrgica (imagen 2), se objetiva un componente femoral con 3º de rotación externa y componente tibial con 18º de rotación interna (ambos dentro de la normalidad).

RESULTADOS

Ante fracaso del tratamiento conservador basado en medidas físicas y analgesia vía oral, se propuso **tratamiento quirúrgico**, mediante **revisión sobre componente patelar y liberación de porción lateral** (imagen 3). Tras ello, se produjo mejoría respecto a la sintomatología dolorosa, valorado mediante escala EVA (de 8 a 2 puntos), tal como respaldan los pocos resultados en la literatura (90% de pacientes con mejoría) (imagen 4).

CONCLUSIONES

Aunque la **prevalencia** del PFL se estima como **baja (0.051%)**, se ha de considerar dentro del diagnóstico diferencial del paciente con PTR dolorosa. Según lo publicado, se ha de considerar una entidad de **origen multifactorial** sin factor predisponente claro, y cuyo diagnóstico se basa en la clínica de **dolor patelar lateral e imagen de contacto en de una radiografía simple axial** (imagen 1), siempre excluyendo un componente infeccioso o de aflojamiento asociado.

Bibliografía

1. Lee RH, Jeong HW, Lee JK, Choi CH. Should the position of the patellar component replicate the vertical median ridge of the native patella? The Knee. enero de 2017;24(1):82-90.
2. Nikolaus OB, Larson DR, Hanssen AD, Trousdale RT, Sierra RJ. Lateral Patellar Facet Impingement After Primary Total Knee Arthroplasty: It Does Exist. The Journal of Arthroplasty. mayo de 2014;29(5):970-6.
3. Shervin D. Anterior knee pain following primary total knee arthroplasty. World Journal of Orthopedics. 2015;6(10):795.
4. Schindler OS. 145 - Patellar Resurfacing in Total Knee Arthroplasty.

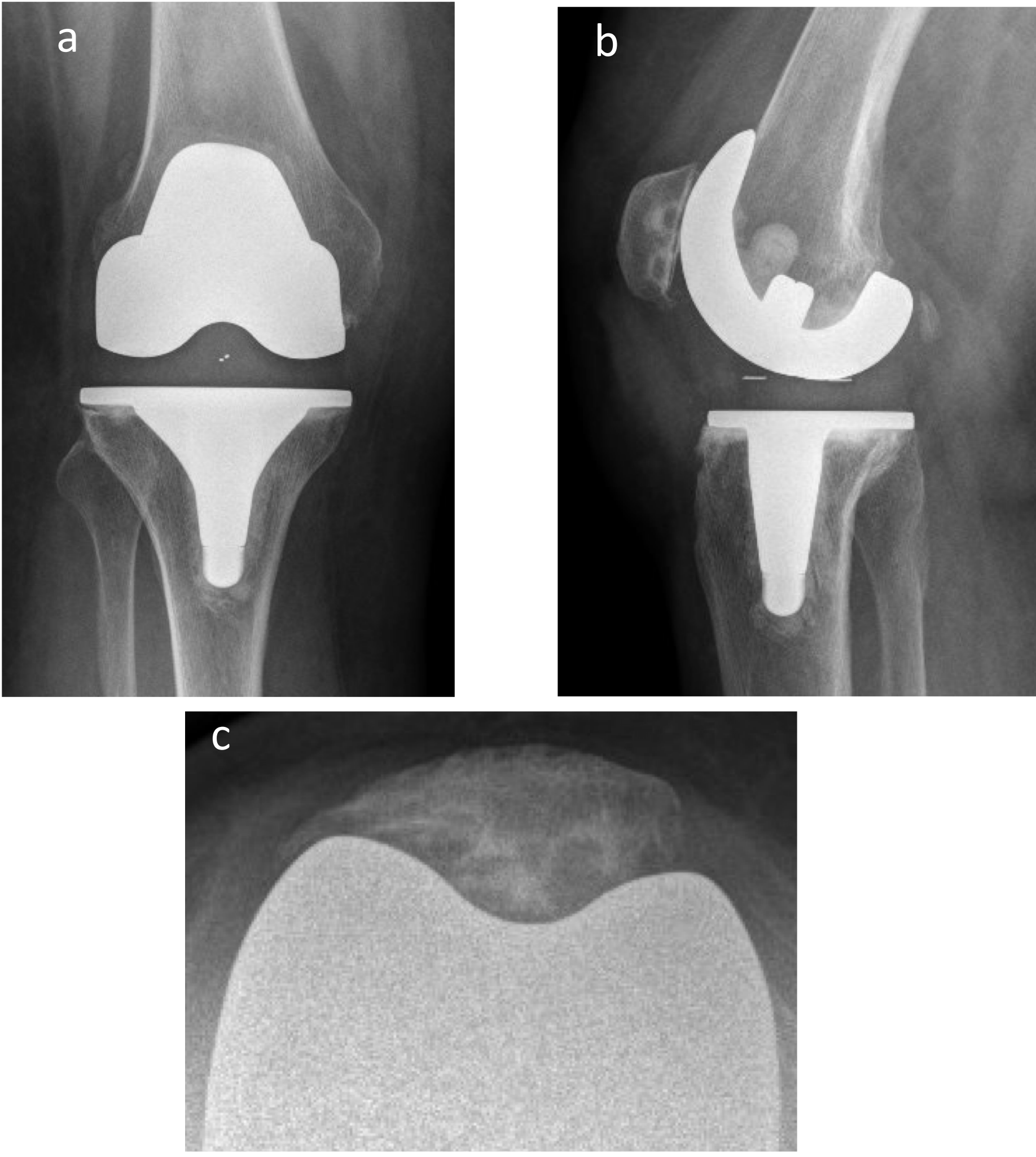


Imagen 1. Radiografías simples donde se aprecia imagen de contacto lateral en proyección axial.

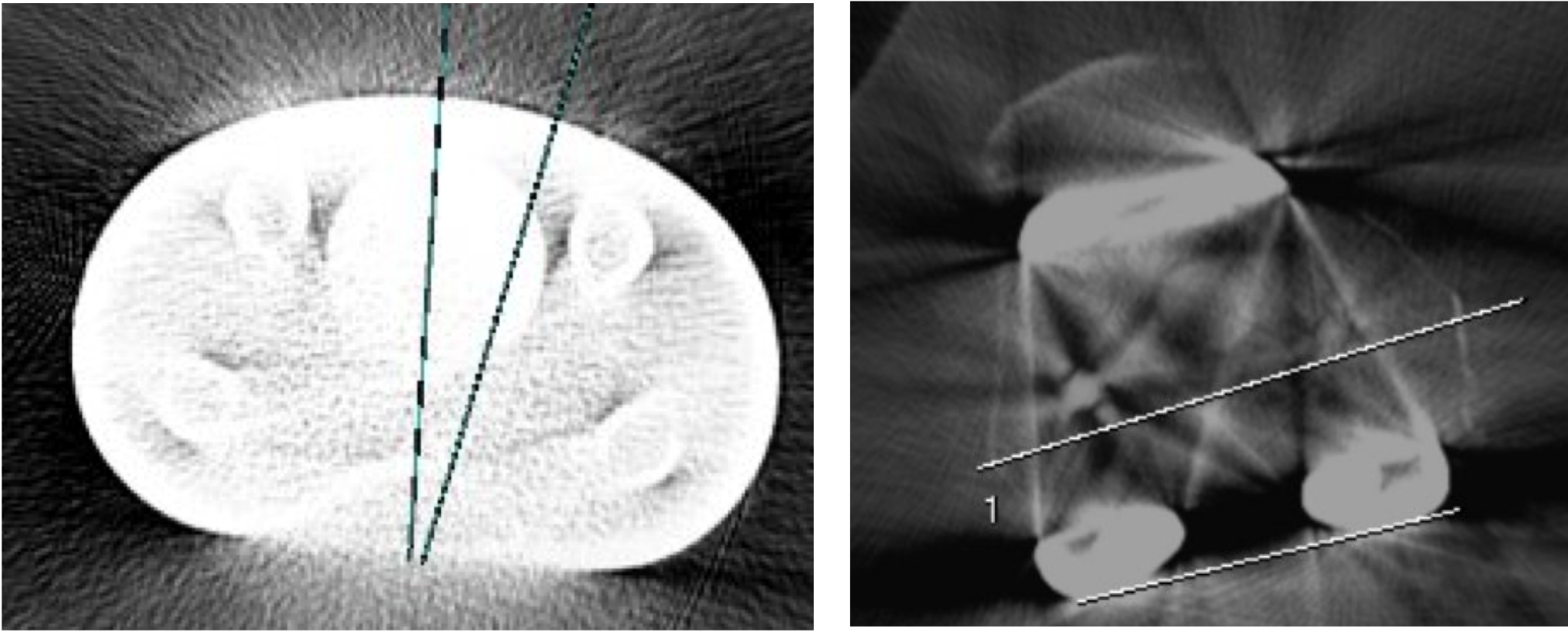


Imagen 2. Estudio rotacional mediante TC, dentro de la normalidad.

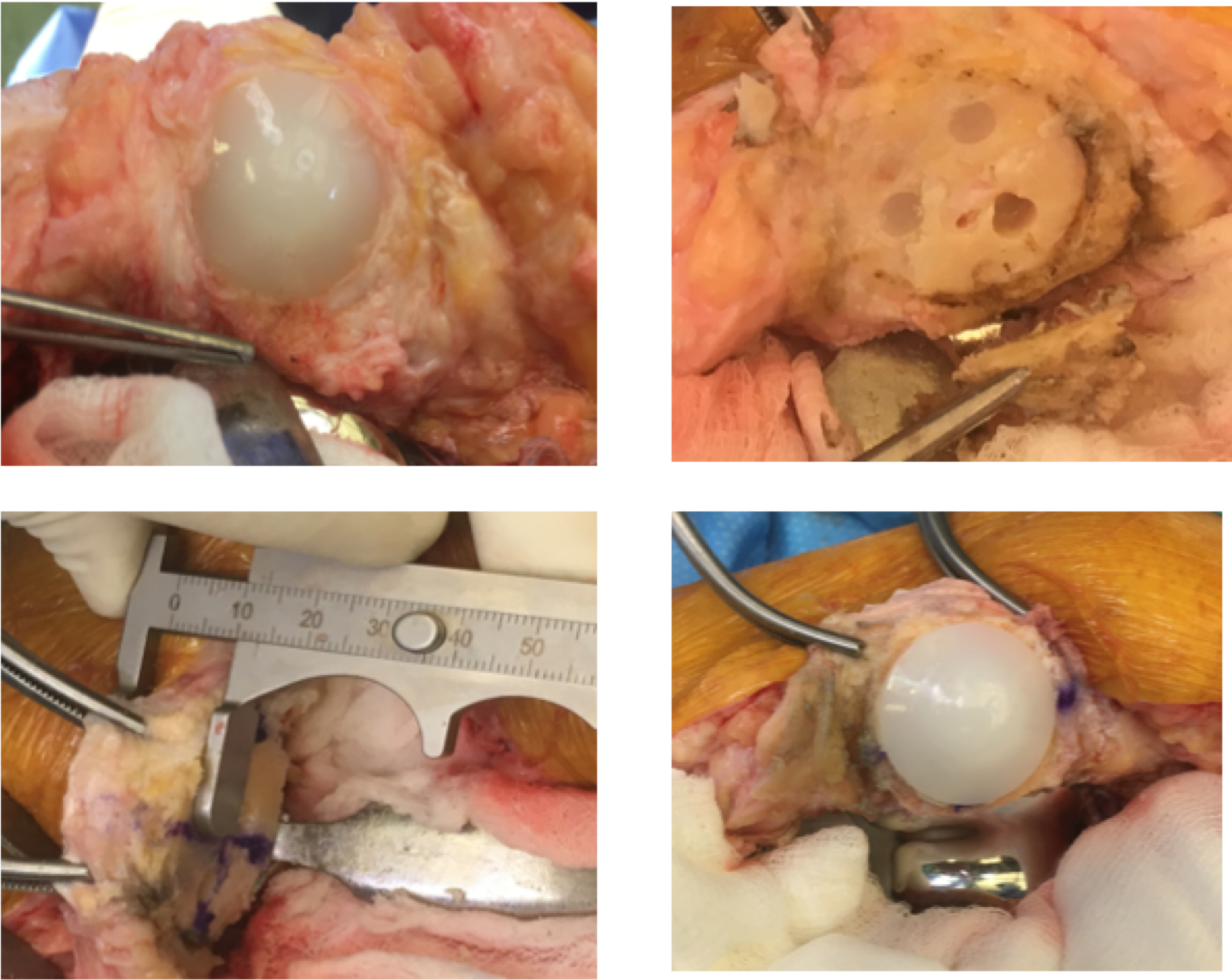


Imagen 3. Imágenes clínicas intraoperatorias; revisión de componente patelar y liberación de porción lateral.

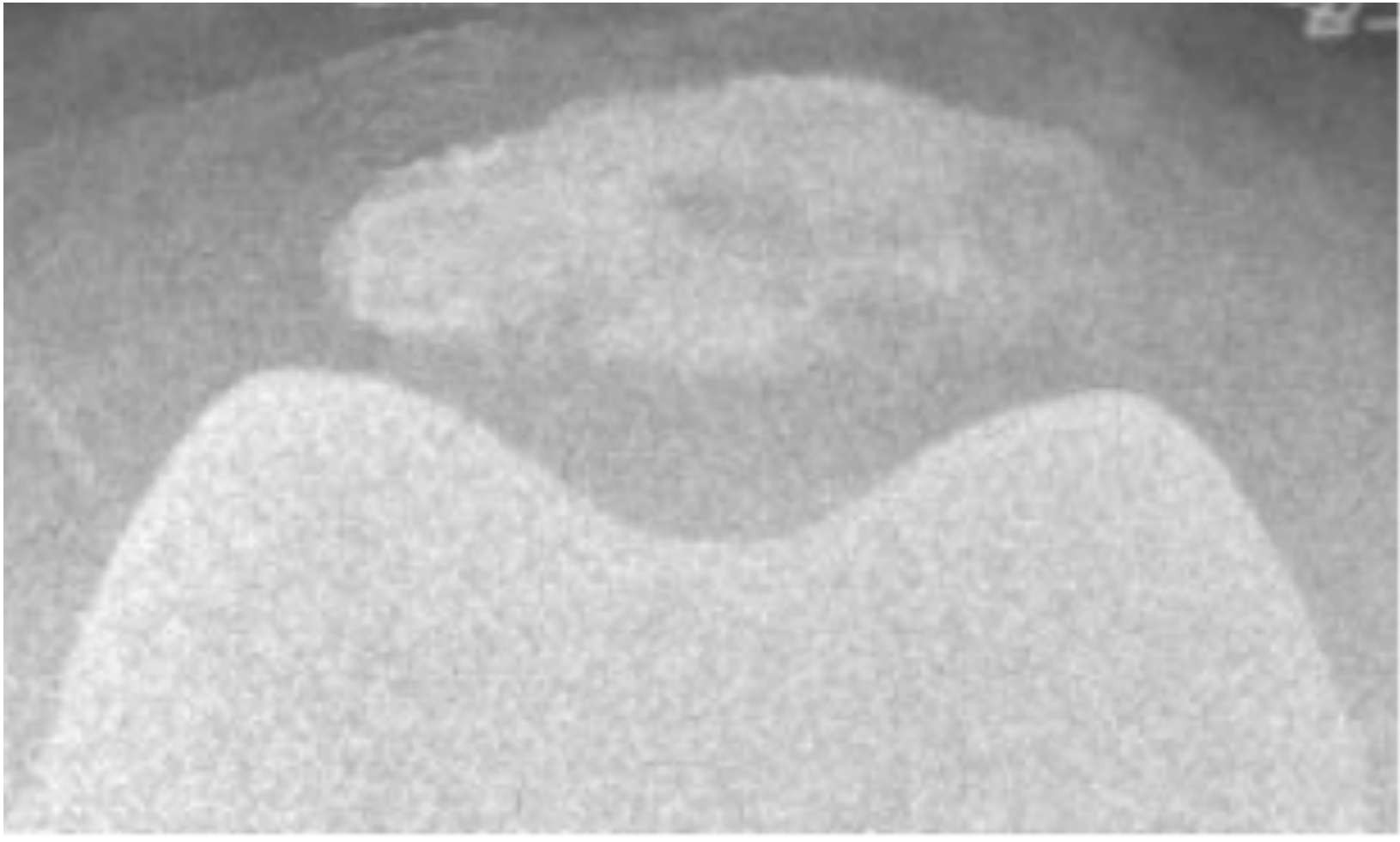


Imagen 4. Control radiográfico a posteriori. Se aprecia ausencia de contacto lateral.