

# ROTURA PRÓTESIS INTERFALÁNGICA PROXIMAL (IFP): Mala indicación, maneja la complicación.

J. De la Hera Fernández <sup>1</sup>, M. Ortiz Gutiérrez <sup>1</sup>, A. Fernández González <sup>1</sup>, A. Ramos Luque <sup>1</sup>, C. Fernández Álvarez <sup>1</sup>.  
(1) Hospital General Sierrallana. - Cantabria.

## Introducción

Pese a que la rotura del implante es una complicación característica de las prótesis de silicona (30% a los 7 años), presentamos un caso de **rotura protésica metal-metal** y sus implicaciones posteriores.

## Material y métodos

Paciente sordomudo de 30 años con **luxación traumática de la IFP del 4º dedo (Figura 1)**, inestable tras reducción cerrada, por lo que se realizó **reinserción de la placa palmar y ligamento colateral** con arpones DePuy.

Durante el seguimiento, presentó **fracaso de la síntesis con subluxación persistente** y **limitación funcional** (flexión IFP 30º, distancia al puño 5cm), por lo que se optó por rescate con **prótesis IFP semiconstreñida (IPP2, Lepine)** con par metal-metal mediante abordaje dorsal, dada la inestabilidad residual (**Figura 2**).

Tras rehabilitación y seguimiento de 2 años, es dado de alta con un rango de flexión de 0º-60º.

## Resultados

De manera desafortunada, sufre traumatismo sobre la mano intervenida, con **rotura y luxación de la prótesis a nivel de la bisagra**.

- Tras completar estudio con TAC se procede a **retirada (Figura 3)**, precisando de sarcófagos en F1 y F2, síntesis con alambre, injerto de esponjosa y fijación percutánea temporal de con aguja KW endomedular.

Tras 4 meses y consolidación de los sarcófagos, se realiza **artrodesis con placa AptusHand (Figura 4)**. Al año se encuentra trabajando con un ROM satisfactorio y sin dolor, dado de alta de consultas.

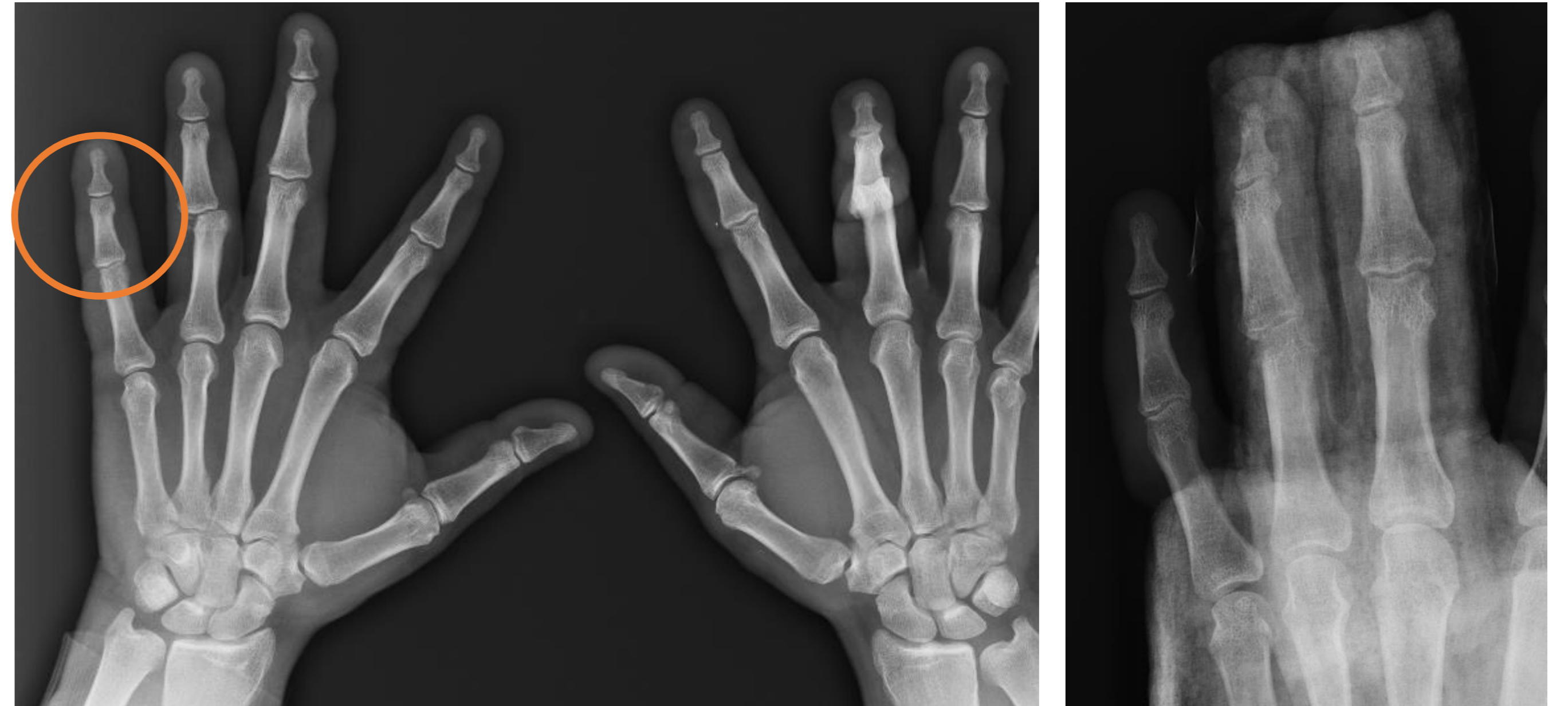


Figura 1: Luxación IFP del 4º dedo izq y 3er dedo dcho, y control tras la reducción con subluxación.



Figura 2: Subluxación de la IFP y resultado postoperatorio con prótesis IPP2.

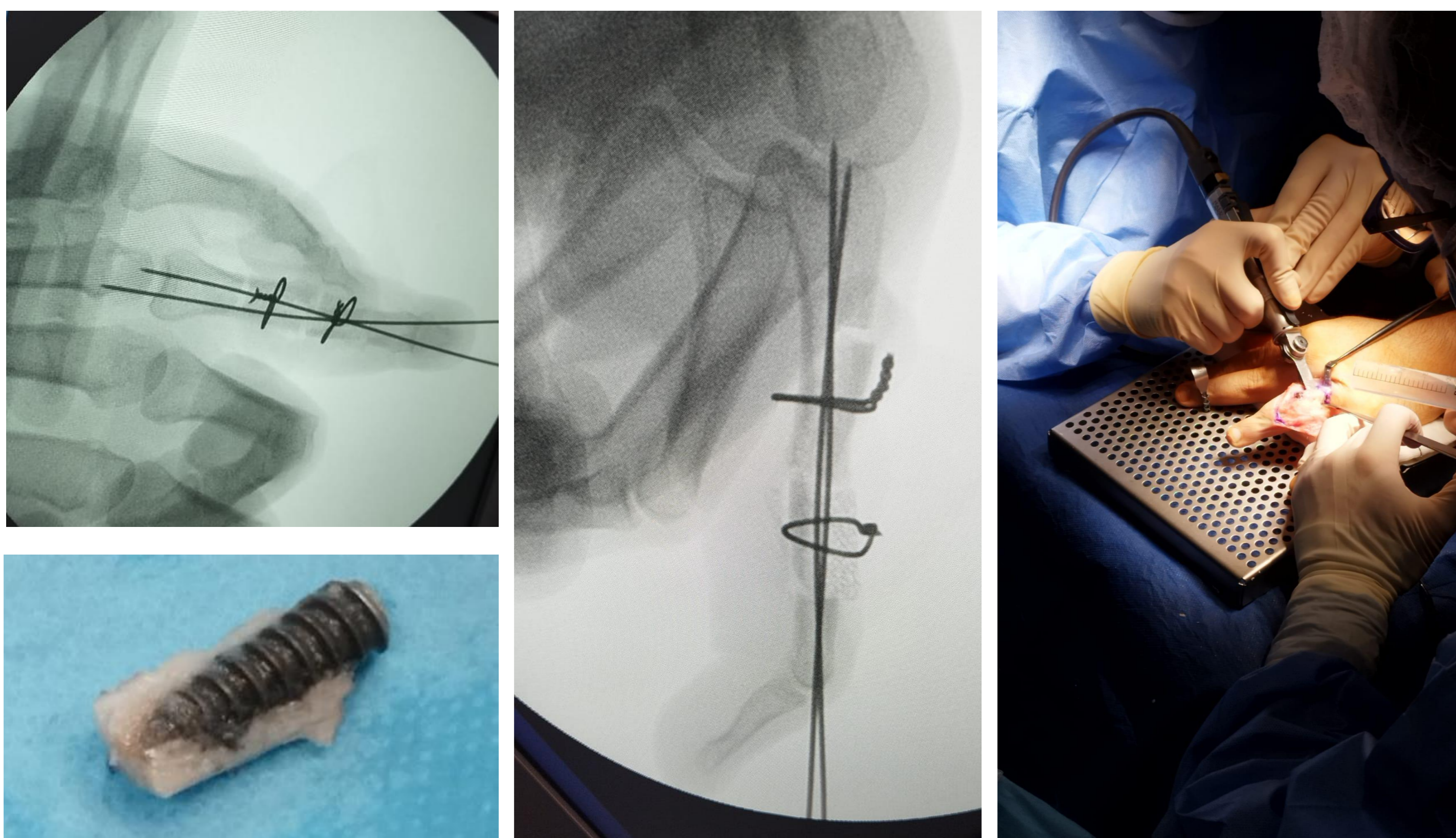


Figura 3: Imágenes intraoperatorias de retirada de prótesis y constructo mediante agujas KW y cerclajes tras necesidad de sarcófagos en F1 y F2.



Figura 4: Imágenes tras artrodesis con placa AptusHand® en el postoperatorio inmediato y control radiográfico al año observando artrodesis y consolidación completa.

## Conclusión

Las principales complicaciones mecánicas de las prótesis están en relación con el **chirrido o luxación (carbón pirolíticas)**, la limitación de la movilidad o **cuello de cisne (adherencias en abordaje dorsal)** o **aflojamiento**, pero la **rotura** de la misma es una complicación más concreta de las de **silicona**, muy brevemente descrito en la literatura para el resto de subtipos. Sin embargo, la necesidad de reintervención y retirada del implante es <5% en cualquier tipo de prótesis IFP.

Cuando existe una **rotura del implante o luxación del mismo**, el rescate precisa de una **artrodesis de la IFP**. En nuestro caso, la rotura del implante a nivel de la bisagra supuso la necesidad de una retirada agresiva del implante para demorar la artrodesis, y posteriormente, una pseudoartrosis.