

# FRACTURA PERIPROTÉSICA DE PTR INADVERTIDA

Miguel Quintanilla Arahetes, Jaime Fernández-Mardomingo Gutiérrez, Marta Sánchez de León Corral, Clara Pilar Martín de Ybarra, Libardo Enrique Rojas Díaz.



## OBJETIVOS

Resaltar la importancia que tiene el grado de osteoporosis de la paciente a la hora de realizar una adecuada cementación e implantación de los componentes.



CONTROL POSTQUIRÚRGICO

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

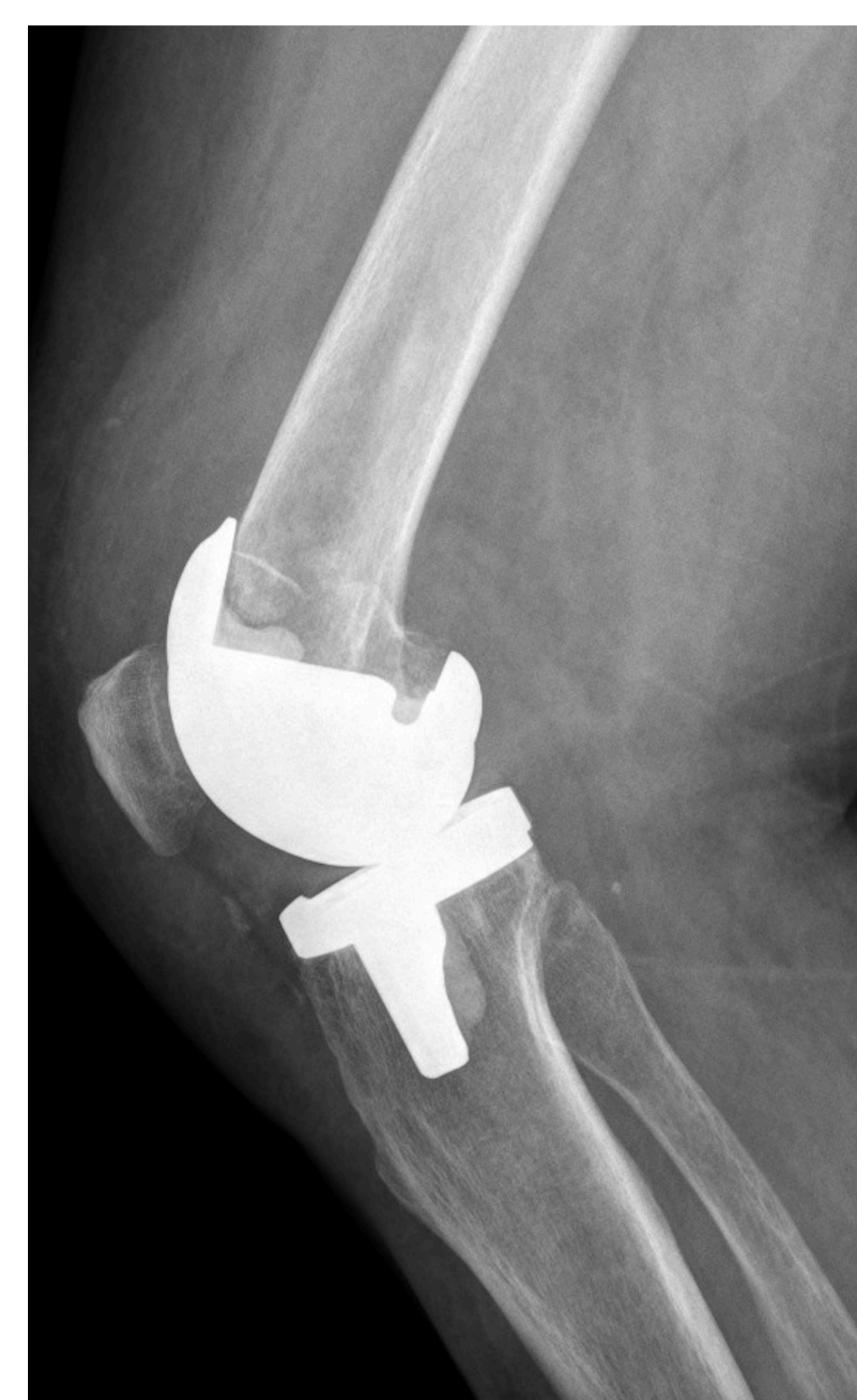
Presentamos a una paciente de 75 años intervenida de prótesis total de rodilla (PTR) derecha por genu varo artrósico. En la primera revisión al mes de la intervención, la paciente presenta buena evolución clínica, leve dolor en cara medial controlado con analgesia y un balance articular completo. En la siguiente revisión, la paciente refiere haberse incrementado ese dolor en compartimento medial y en la radiografía de control se observa una fractura periprotésica del cóndilo femoral interno sin desplazar. Se sospecha que la fractura pudo producirse intraoperatoriamente a la hora de la implantación del escudo femoral, ya que, la paciente no refiere traumatismos posteriores. Se realizan pruebas de imagen donde se descarta movilización de los componentes por lo que se decide tratamiento conservador.



2 MESES POSTOPERATORIO



6 MESES POSTOPERATORIO



## RESULTADOS

En los siguientes meses de seguimiento, la paciente presenta un ligero colapso en varo, pero presenta mejoría del dolor y mantiene un balance articular completo, siendo capaz de deambular sin ayuda y realizar ejercicio habitual como bicicleta o elíptica. Actualmente, la paciente presenta una rodilla funcional y únicamente refiere ligero dolor en la pata de ganso.

## CONCLUSIONES

Debido a los cambios demográficos en la población la presencia de gonartrosis se ha elevado exponencialmente y la cirugía de PTR es uno de los procedimientos más habituales. De todas las posibles complicaciones de la cirugía de PTR, las fracturas periprotésicas tienen una baja incidencia, en torno al 1%, siendo las más frecuentes, las fracturas de fémur. En este caso, estamos ante una fractura tipo I de la clasificación de Lewis y Rorabeck, fractura no desplazada con componente femoral estable, por lo que una de las posibilidades es el tratamiento conservador. A pesar del colapso en varo evidente en la radiografía, no se ha perdido funcionalidad y ha presentado mejoría del dolor, por lo que podemos afirmar, que el tratamiento conservador ha sido una alternativa válida a este tipo de fractura.