

Colocar o no el componente patelar en artroplastia total de rodilla primaria, un debate vigente

José Manuel Pérez-Atanasio*

RESUMEN

Introducción: Existe actualmente un debate sobre colocar o no el componente patelar en artroplastia total de rodilla primaria. Quienes están a favor de colocarlo refieren que disminuye el riesgo de dolor residual anterior de la rodilla y la necesidad de reintervención quirúrgica; por otra parte, los defensores de preservar la rótula nativa argumentan que evita el riesgo de fractura rotuliana. **Métodos:** Análisis de la literatura científica sobre la pertinencia de colocar o no el componente patelar. **Resultados:** En Estados Unidos más de 90% de los cirujanos colocan componente patelar de manera rutinaria, en los países asiáticos es menos frecuente, en Noruega y en Suecia sólo 2 y 3% respectivamente. A mediano y largo plazo parece no haber diferencia en los resultados clínicos y funcionales entre los pacientes con colocación o no de componente patelar. Estudios sobre costo-efectividad demuestran que es mejor colocar el componente patelar de primera intención, debido a que si no se coloca y el paciente presenta dolor residual anterior de la rodilla, se tendría que reintervenir para colocarlo, lo que incrementaría el costo total de la atención médica. **Conclusión:** Se propone que la conducta más aceptable es colocar el componente patelar de manera selectiva. Colocarlo cuando el paciente presenta prequirúrgicamente: dolor anterior de la rodilla o

SUMMARY

Introduction: There is currently a debate about whether or not to resurface the patella in primary total knee arthroplasty. Those in favor of resurfacing report that this decreases the risk of residual anterior knee pain and the need for re-operation; on the other hand, advocates of preserving the native patella argue that this avoids the risk of patellar fracture. **Methods:** Analysis of the scientific literature on the relevance of resurfacing or not the patella. **Results:** In the United States of America, more than 90% of surgeons routinely resurface the patella, in Asian countries it is less frequent, in Norway and Sweden only 2 and 3% respectively. In the medium and long term, there seems to be no difference in clinical and functional outcomes among patients with or without patella resurfacing. Cost-effectiveness studies show that it is better to resurface the patella, because if it is not resurfaced and patient presents residual anterior knee pain, it would be necessary to perform a new surgery, which would increase the final attention cost. **Conclusion:** I propose that the most acceptable behavior is to selectively resurface the patella, to resurface when the patient presents pre-surgically: anterior knee pain or patello-femoral osteoarthritis and avoid to resurface if the patella is thin and there is a high risk of fracture.

www.medigraphic.org.mx

* Médico adscrito al Servicio de Traumatología y Ortopedia, Hospital General Regional No. 2 «Dr. Guillermo Fajardo Ortiz», Villa Coapa, IMSS, Ciudad de México. Cirujano en Reemplazos Articulares, Maestro en Ciencias Médicas, UNAM.

Dirección para correspondencia:
Dr. José Manuel Pérez-Atanasio
Calzada las Bombas No. 117, Col. Los Girasoles I, 14310, Del. Coyoacán, Ciudad de México.
Correo electrónico: drmanuelperezata@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/orthotips>

artrosis patelofemoral, y evitar la colocación si la rótula es demasiado delgada y existe alto riesgo de fractura.

Palabras clave: Artroplastia total de rodilla primaria, componente patelar.

Key words: Primary knee total arthroplasty, patellar component.

EL DEBATE

Si preguntáramos a los cirujanos ortopedistas de nuestro país (México) sobre su preferencia por colocar el componente patelar o mantener la rótula nativa en artroplastia total de rodilla (ATR) primaria, se evidenciaría la falta de consenso, este debate existe también en la literatura científica actual.

En un estudio de cohorte los autores refieren que los pacientes tienen mejor funcionalidad a mediano plazo si se coloca el componente patelar;¹ sin embargo, dos metaanálisis publicados recientemente concluyen que los resultados clínicos y funcionales son similares a mediano y largo plazo.^{2,3}

Quienes están a favor de colocar el componente patelar refieren que disminuye el riesgo de dolor residual anterior de la rodilla y la necesidad de reintervención quirúrgica, lo que incrementaría el costo total de la atención médica. Por otra parte, los defensores de preservar la rótula nativa argumentan que evita el riesgo de fractura rotuliana y de aflojamiento del implante.

Donde sí existe consenso es en el caso de no colocar el componente patelar, debe realizarse la denervación de la rótula con electrocauterio para disminuir el riesgo de dolor residual anterior de la rodilla.⁴

TENDENCIAS MUNDIALES

Existen tres tendencias en el mundo con respecto a la colocación del componente patelar:

1. Siempre colocarlo.
2. Colocarlo de manera selectiva.
3. Nunca colocarlo.

En Estados Unidos más de 90% de los cirujanos colocan componente patelar de manera rutinaria, por otra parte en los países asiáticos es menos frecuente. En Noruega y en Suecia sólo a 2 y 3% respectivamente de los pacientes con artroplastia total de rodilla primaria se les coloca componente patelar, como se evidencia en los registros europeos de artroplastias.⁵

No queda claro el motivo por el cual un cirujano se inclina por la colocación o no del componente patelar, probablemente se debe al grado de información que obtiene de las revistas científicas, de la formación quirúrgica o simplemente a su preferencia.⁶ Los años de experiencia quirúrgica de los cirujanos no modifica

esta preferencia, como se demostró en un estudio realizado en el Reino Unido en el que mediante una encuesta aplicada a cirujanos de distinta experiencia quirúrgica se les preguntó sobre la colocación del componente patelar.⁷

COSTO-EFECTIVIDAD

En un estudio efectuado en Australia se determinó que es costo-efectivo colocar el componente patelar de primera intención, debido a que si no se coloca y el paciente presenta dolor residual anterior de la rodilla, se tendría que reintervenir para colocar el componente patelar, lo que incrementaría el costo total de la atención médica.⁸ En un análisis sobre el costo económico realizado en Estados Unidos se estudiaron los gastos que debe cubrir Medicare y se concluyó que es mejor colocar el componente patelar de primera instancia para evitar el costo de una reintervención quirúrgica.⁹

DISCUSIÓN

Una vez planteado el contexto de la literatura, se consideró que la conducta más aceptable es colocar el componente patelar de manera selectiva, es decir, cuando los pacientes presenten los siguientes criterios:

Sí colocar	No colocar
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor anterior de la rodilla • Artrosis patelofemoral 	<ul style="list-style-type: none"> • Patela delgada con alta probabilidad de fractura

BIBLIOGRAFÍA

1. Patel K, Raut V. Patella in total knee arthroplasty: to resurface or not to-a cohort study of staged bilateral total knee arthroplasty. *Int Orthop*. 2011; 35 (3): 349-353.
2. He JY, Jiang LS, Dai LY. Is patellar resurfacing superior than non resurfacing in total knee arthroplasty? A meta-analysis of randomized trials. *Knee*. 2011; 18 (3): 137-144.
3. Grassi A, Compagnoni R, Ferrua P, Zaffagnini S, Berruto M, Samuelsson K, et al. Patellar resurfacing versus patellar retention in primary total knee arthroplasty: a systematic review of overlapping meta-analyses. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2018; 26 (11): 3206-3218.
4. Arirachakaran A, Sangkaew C, Kongtharvonskul J. Patellofemoral resurfacing and patellar denervation in primary total knee arthroplasty. *Knee Surg Sport Traumatol Arthrosc*. 2015; 23 (6): 1770-1781.
5. Abdel MP, Parratte S, Budhiparama NC. The patella in total knee arthroplasty: To resurface or not is the question. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2014; 7 (2): 117-1124.
6. Khan A, Pradhan N. Results of total knee replacement with/without resurfacing of the patella. *Acta Ortop Bras*. 2012; 20 (5): 300-302.
7. Sandiford NA, Alao U, Salamut W, Weitzel S, Skinner JA. Patella resurfacing during total knee arthroplasty: Have we got the issue covered? *Clin Orthop Surg*. 2014; 6 (4): 373-378.
8. Weeks CA, Marsh JD, MacDonald SJ, Graves S, Vasarhelyi EM. Patellar resurfacing in total knee arthroplasty: a cost-effectiveness analysis. *J Arthroplasty*. 2018; 33 (11): 3412-3415.
9. Meijer KA, Dasa V. Is resurfacing the patella cheaper? An economic analysis of evidence based medicine on patellar resurfacing. *Knee*. 2015; 22 (2): 136-141.