



# Revista Chilena de Ortopedia y Traumatología

[www.elsevier.es/rchot](http://www.elsevier.es/rchot)



## EDITORIAL

### Reemplazar o no la patela en la prótesis total de rodilla. Siempre, nunca o selectivamente: ¿qué hacer?

### Replace the patella in total knee arthroplasty or not. Always, never or selectively: What to do?

La artrosis de rodilla es una patología muy prevalente tanto en Chile como en el resto del mundo, con una tendencia a ir en aumento con el envejecimiento de la población. Existe consenso en que la prótesis total de rodilla (PTR) es la solución definitiva para la artrosis severa sintomática, mejorando radicalmente la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, aún existen algunas controversias en cuanto a detalles técnicos durante la cirugía y la rehabilitación, siendo uno de estos la necesidad de reemplazar o no la patela en la PTR primaria.

Inicialmente los diseños de PTR no incluían reemplazo patelar, resultando en síntomas patelo-femorales hasta en un 50% de los pacientes. La disyuntiva de reemplazar o no la patela nace en 1974 cuando Insall y Burstein crean la primera PTR con reemplazo patelar. Posteriormente aparecieron reportes de complicaciones provocadas por el reemplazo patelar: fracturas, lesión del aparato extensor, osteonecrosis, aflojamiento, inestabilidad y clunk patelar entre otras. Es por esta razón que muchos cirujanos plantean no reemplazar la patela como su alternativa de primaria elección.

Actualmente existen tres posturas para el manejo de la patela durante una PTR primaria: siempre reemplazarla, nunca reemplazarla o realizar un reemplazo de forma selectiva dependiendo de las condiciones del cartílago articular, sintomatología y estabilidad de la articulación patelofemoral. Estas posturas tienen una tendencia geográfica, realizándose reemplazo patelar en la mayoría de los pacientes en Norteamérica, poco frecuentemente en Asia y de forma selectiva en Europa. Los defensores del reemplazo patelar primario se basan en estudios que demuestran que existe una menor incidencia de dolor anterior de rodilla y una menor tasa de reoperaciones. Por otra parte, este grupo advierte que es difícil predecir la calidad del

cartílago patelar y estimar la duración libre de síntomas debido a lesiones condrales, haciendo la PTR con reemplazo patelar una cirugía más predecible. Los detractores se basan en la alta tasa de complicaciones asociadas a un reemplazo patelar mencionadas previamente y en que no existen estudios que demuestren claramente una diferencia de dolor y complicaciones entre estas dos técnicas.

En la literatura actual existen una serie de estudios prospectivos randomizados bien diseñados y metanálisis que buscan responder a esta pregunta sin una clara respuesta, llevando a una ausencia de directrices para los cirujanos más jóvenes sobre esta controversia. Existen por lo tanto 3 opciones válidas y podemos suponer que la elección actual se atribuye básicamente a la educación, entrenamiento, tradición, experiencia y finalmente a la literatura publicada sobre este tema. Sin embargo no existe consenso, ni estudios con un nivel de evidencia adecuado, que nos permitan definir si se debe realizar el recambio patelar de forma rutinaria.

Hasta ahora la búsqueda del componente patelar «perfecto» no se ha logrado, dejándonos mucho camino por delante en el futuro de las PTR. Debemos por lo tanto seguir trabajando para identificar al paciente más apropiado para el reemplazo patelar o buscar nuevas alternativas que puedan zanjar este tema de forma definitiva y poner término a 40 años de controversia.

Nuestra conducta es el reemplazo selectivo con una decisión intraoperatoria, por las características de nuestros enfermos y el grado de artrosis en el momento de la cirugía el reemplazo es lo más habitual en un 90% de los casos.

En aquellos pacientes con un menor compromiso del cartílago articular de la rótula, con una artrosis mayoritariamente femorotibial conservamos la patela.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchot.2016.03.001>

0716-4548/© 2016 Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La decisión es propia del cirujano, el grado de artrosis y la sintomatología son importantes pero no tenemos un protocolo para esto siendo el punto a discutir dentro de nuestro grupo.

Nos parece de interés tener la opinión de nuestro medio así como el fundamento para las distintas posturas.

Rafael Calvo\* y Daniel Paccot  
*Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, Santiago,  
Chile*

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [rcalvo61@gmail.com](mailto:rcalvo61@gmail.com) (R. Calvo).