

# Aflojamiento de artroplastia total de muñeca

## ¿Cómo lo trato?



Marina Xicola Martínez, Jordi Saus Sarrias, Gisèle Cano Rodríguez, Luis Antonio Yun Duran, Joan Camí Biayna

Hospital Sant Joan de Déu - Xarxa assistencial universitària Manresa



### CONCLUSIONES

- El procedimiento de **salvamento** de un aflojamiento protésico de muñeca es controvertido.
- La **artrodesis** después de una artroplastia total de muñeca fallida puede ser un desafío y a menudo queda un defecto considerable después de la resección del implante.
- Existe un índice de 35 al 50 % de **pseudoartrosis**, por lo que puede ser necesario el uso de aloinjerto estructural, relleno con autoinjerto de cresta ilíaca o aporte de aloinjerto esponjoso.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El **riesgo de complicaciones** severas tras la artroplastia total de muñeca, como la infección o la inestabilidad, aumenta a partir de los **5-8 años** a pesar de la evolución de los implantes actuales.

La **artrodesis** parece ser el método de salvamento más predecible comparado con la **artroplastia de revisión** en cuanto al riesgo de reintervención (21.4% y 34.8% respectivamente)<sup>1</sup>.

El objetivo principal es **describir el caso clínico** de un paciente con aflojamiento de prótesis total de muñeca, así como revisar la literatura al respecto.

### MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 74 años en seguimiento por **dolor piso-piramidal** y deformidad de muñeca izquierda, tras artroplastia total **7 años** antes por colapso avanzado del carpo (SNAC tipo 4). En radiografía y tomografía computarizada se aprecia **imagen lítica** en piramidal y pisiforme (Figura A).

Dado el dolor selectivo, se decide tratamiento quirúrgico con salida de **líquido sinovial verdoso** y **quiste** piramidal y pisiforme **grisáceo** compatible con **metalosis**. Se toman muestras para cultivo y anatomía patológica, siendo negativos para infección o neoplasia.

A la semana, consulta a urgencias por **supuración purulenta y fiebre**. Se realiza limpieza quirúrgica con toma de cultivos y antibioterapia empírica. Se programa retirada protésica, desbridamiento y colocación de **espaciador de cemento con vancomicina y gentamicina**. Se coloca **fijador externo** para estabilización de la muñeca en correcta posición (Figuras B y C). Tras el crecimiento de **S. aureus** en los cultivos, se desescala a Cloxacilina y Levofloxacino. Sigue buena evolución local con buena tolerancia al fijador externo.

Tras 4 meses de evolución, sin signos flogóticos, analíticas normales y estabilidad clínico-radiológica se decide artrodesis total del carpo mediante placa dorsal y aporte de **autoinjerto unicortical estructural de cresta ilíaca** más esponjosa de la misma para relleno del defecto (Figura D).

### RESULTADOS

A los **11 meses** presenta buena evolución local sin signos flogóticos, con progresión de la **consolidación** en radiología (Figura E). Sigue ganando fuerza de prensión y como secuela persiste impotencia del flexor profundo del pulgar, pendiente de valorar transferencia tendinosa.

### BIBLIOGRAFÍA

- Berber et al. Salvage of the failed total wrist arthroplasty: a systematic review. J Wrist Surg 2020;9:446-456.
- Althoff et al. Risk factors for infection following total wrist arthroplasty and arthrodesis: an analysis of 6641 patients. Hand (N Y). 2019 Dec 6;1558944719890036.
- Srncic JJ, ER Wagner, Rizzo M. Total wrist arthroplasty. JBJS reviews 2018;6(6):e9.

Contacto: marina.xicola@gmail.com - jsaus@althaia.cat - gcano@althaia.cat - lyun@althaia.cat - jcamí@althaia.cat

