



Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSN: 0443-5117
ISSN: 2448-5667
revista.medica@imss.gob.mx
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Artrodesis mixta de rodilla: una alternativa de salvamento en infecciones periprotésicas de rodilla

López-Cervantes, Roberto Enrique; Rivera-Villa, Adrián Huematzin; Miguel-Pérez, Adrián; Morales-de los Santos, René; Torres-González, Rubén; Pérez-Atanasio, José Manuel

Artrodesis mixta de rodilla: una alternativa de salvamento en infecciones periprotésicas de rodilla

Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. Sup. 54, núm. 3, 2016

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457762457014>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Artrodesis mixta de rodilla: una alternativa de salvamento en infecciones periprotésicas de rodilla

Mixed knee arthrodesis a rescue alternative in knee periprosthetic joint infection

Roberto Enrique López-Cervantes ^a
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457762457014>

Adrián Huematzin Rivera-Villa ^b
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Adrián Miguel-Pérez ^c
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

René Morales-de los Santos ^d
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Rubén Torres-González ^e
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

José Manuel Pérez-Atanasio ^f
Instituto Mexicano del Seguro Social, México
jose.perezata@imss.gob.mx

Recepción: 04 Mayo 2016
Aprobación: 16 Junio 2016

RESUMEN:

Introducción: la artrodesis es una cirugía de salvamento para la infección periprotésica de rodilla; este procedimiento reporta moderada efectividad, alto índice de complicaciones y es la última alternativa antes de la amputación. El objetivo de este estudio fue identificar si la artrodesis de rodilla con clavo expandible y fijador externo es un tratamiento seguro y efectivo.

Métodos: estudio observacional, retrospectivo, en 17 pacientes con infección periprotésica y pérdida ósea importante, tratados mediante artrodesis con clavo centro-medular expandible autobloqueante y fijador externo monoplanar con evolución mínima de 1 año; la información se obtuvo del expediente clínico e imágenes de rayos X, siendo estas evaluadas por 2 ortopedistas especializados en rescate osteoarticular.

NOTAS DE AUTOR

- a Hospital de Ortopedia. Unidad Médica de Alta Especialidad "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México
- b Servicio de Reemplazos Articulares, Hospital de Ortopedia. Unidad Médica de Alta Especialidad "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México
- c Servicio de Rescate Osteoarticular, Hospital de Ortopedia. Unidad Médica de Alta Especialidad "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México
- d Dirección Médica, Hospital de Ortopedia. Unidad Médica de Alta Especialidad "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México
- e Dirección de Educación e Investigación en Salud. Unidad Médica de Alta Especialidad "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México
- f División de Investigación en Salud. Unidad Médica de Alta Especialidad "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

Resultados: de 17 pacientes, con una pérdida ósea grado III en un 88.2% de los casos, se obtuvo una fusión en el 82.5%. Logrando la deambulacion independiente en el 88.2%. Con un promedio de 2.4 intervenciones quirúrgicas por paciente. Sin complicaciones transquirúrgicas reportadas. Con un índice de complicaciones global del 47.1% incluyendo una amputación por sepsis. La evaluación inter-observador tuvo un valor de Kappa del 0.90 y la muestra alcanzó un poder estadístico del 60%.

Conclusiones: se obtuvo una consolidación similar a otros métodos, en un tiempo promedio de 6.3 meses, con un menor índice de complicaciones al reportado con otras técnicas. Siendo esta una alternativa de salvamento para la realización de artrodesis de rodilla, antes de considerar la amputación de la extremidad.

PALABRAS CLAVE: Artrodesis, Enfermedades óseas infecciosas, Articulación de la rodilla, Artritis infecciosa.

ABSTRACT:

Background: Knee arthrodesis is a rescue procedure for patients with knee periprosthetic joint infection who are not candidates for a revision surgery. The actual methods present a high complication rate with only moderate efectivity.

Methods: We retrospectively analyzed 17 cases, of patients with knee periprosthetic joint infection and bone loss treated by intramedullary expandable nail and monoplanar external fixator with a minimum evolution of 1 year, evaluating the medical records and digitalized X-rays by 2 sub specialized doctors in osteoarticular rescue surgery.

Results: From the 17 patients, 88.2% were classified as Anderson Orthopaedic Research Institute classification grade (III) and the 11.2% IIB. We obtained fusion in 82.5%, staged Hammer (I-II) in a mean time of 6.33 months. Achieving independent gait was reported in 88.2%. Our complication rate was 47.1%, most of them minor complications except for a supracondylar amputation. Our infection recurrence rate was 35.4%. Mean intervention rate was 2.47 surgeries, all without any operative room complication.

Conclusions: We achieved a fusion rate similar to other available knee arthrodesis methods in a similar treatment time; with lower complication rate, making it a suitable rescue alternative for knee arthrodesis in patients with significant bone loss and knee periprosthetic joint infection.

KEYWORDS: Arthrodesis, Infectious bone diseases, Knee joint, Infectious arthritis.

INTRODUCCIÓN

La infección articular periprotésica de rodilla tiene una incidencia menor al 1%,¹ aumentando hasta el 2.01% en las artroplastias realizadas en personas mayores de 65 años.²

La infección periprotésica fue la responsable del 79.1% de todos los retiros protésicos de rodilla realizados en Estados Unidos durante el 2010.³

La pérdida ósea es otro problema vigente, la clasificación más utilizada para su cuantificación es la clasificación del Anderson Orthopaedic Research Institute (AORI), que con base en radiografías simples nos da una guía de tratamiento^{4,5} para los pacientes no candidatos a cirugía de revisión, siendo sus principales indicaciones la presencia de una infección periprotésica sin remisión con pérdida del aparato extensor, mala cobertura de tejidos blandos, pérdida ósea importante y presencia de microorganismos con alta virulencia.^{4,6}

⁷ Para ellos, la artrodesis es una opción de cirugía de salvamento de la extremidad, con una mejor aceptación, menor gasto de energía y mejor marcha que la amputación supracondílea.^{6,7}

Los métodos más comunes para la artrodesis de rodilla son la artrodesis con clavo centromedular o fijadores externos monoplanares o circulares, todos con un alto índice de complicaciones que van desde el 12 al 85%.

⁷ Con una tasa de fusión promedio del 53 al 87%.⁸

Con el fin de encontrar un método con mejor efectividad y mayor rango de seguridad se creó esta técnica, que combina ambos métodos fusionando las ventajas de la compresión y estabilidad rotacional otorgada mediante un fijador externo monoplanar poliaxial dinámico,⁹ y la estabilidad angular mediante un clavo centromedular largo expandible, logrando la movilización temprana del paciente libre de dolor, obteniendo mayor efectividad y menor índice de complicaciones que otras técnicas actuales a nuestro alcance. Intentando lograr una disminución de la morbimortalidad y reintegrando al paciente de una manera más rápida e integral a sus actividades cotidianas.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La técnica quirúrgica mezcla la utilización de un clavo centromedular expandible cilíndrico de acero inoxidable, fanestrado (Fixion IM Femoral Nail)¹⁰ y de un fijador externo poliaxial dinámico (Newfix Axial Dynamic Fixator).

Previo a la realización de la artrodesis, todos los pacientes fueron protocolizados, se les realizó el retiro del implante protésico infectado, debridamiento y escarificación en uno o varios tiempos quirúrgicos, adicionales a la utilización de antibioticoterapia intravenosa específica para el germen aislado en cada caso, aunado a la utilización de un espaciador de metil metacrilato con gentamicina, fabricado de manera individual en quirófano.

La artrodesis de rodilla se realizó mediante un abordaje anterior de rodilla, procediendo a regularizar los bordes óseos tibial y femoral para mejorar coaptación. Se prepararon canales medulares, tanto femoral como tibial, para posteriormente realizar la inserción del clavo mediante un abordaje postero-lateral de cadera de 4 cm, introduciéndolo hasta llegar al tercio medio de la diáfisis tibial.

La artrodesis se realiza dejando la rodilla en extensión completa, disminuyendo el acortamiento de la extremidad al utilizar injerto de cresta iliaca ipsilateral tricortical o la patela ipsilateral (en caso de no tener afección infecciosa); colocándolos entre la tibia y fémur al momento de colocar clavo centromedular, aunado al uso de matriz ósea (Allomatrix Injectable Putty) para complementar el autoinjerto.

Se realizó compresión manual del sitio de artrodesis y se infló clavo centromedular a una presión de 70 bares.

Teniendo fijo el foco de la artrodesis, se protege la fijación colocando 2 tornillos troncocónicos de 6.5 × 200 mm (Newfix) en un fijador poliaxial dinámico, colocándolo de manera anterior. Finalmente se aplica compresión de 1 mm, dejando drenaje de succión por 24 horas.

SEGUIMIENTO

Después de la cirugía, los pacientes permanecen hospitalizados por 72 horas postquirúrgicas con antibioticoterapia específica y con realización de ejercicios isométricos, los cuales se mantienen hasta la primera consulta a los 15 días después de la intervención. Durante la primera semana, el sitio de la artrodesis se mantiene en compresión con incrementos de 1 mm al día, realizándose a intervalos de 6 horas.

A los 15 días se cita al paciente con radiografías de control en dos proyecciones, con seguimiento mensual hasta la fusión, teniéndose especial atención en el ajuste para una adecuada compresión del fijador externo.

Se inicia con apoyo parcial del 50% del peso corporal al obtenerse una consolidación Hammer III,¹¹ incrementándose semanalmente hasta lograr un apoyo completo.

En promedio, a los pacientes se les dio un seguimiento de 13-30 meses.

MÉTODOS

Retrospectivamente, analizamos una serie de casos para valorar, en pacientes con infección periprotésica y pérdida ósea importante (AORI IIb, III), si la artrodesis de rodilla con clavo expandible y fijador externo monoplanar, es un tratamiento seguro y eficaz, como tratamiento de salvamento de la extremidad.

El estudio fue realizado en el periodo de enero del 2015 a julio del 2015, respetando el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, siendo un estudio tipo I observacional; registrado ante el sistema de registro electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud con número de registro # R-2015-3401-9.

Se utilizó el registro de pacientes, sistema de radiografías digitales y expediente clínico de pacientes con diagnóstico de infección periprotésica de rodilla, con pérdida ósea AORI (IIb y III), a los cuales se les realizó artrodesis de rodilla con clavo centromedular expandible más fijador externo monoplanar con evolución mínima de 1 año y con edad comprendida entre 18 a 100 años, excluyendo a los pacientes con patología tumoral maligna asociada, que no contaran en el expediente clínico con todas las variables a estudiar adecuadamente referidas y pacientes sin controles radiográficos al año de evolución.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por casos consecutivos, se encontraron 17 casos completos, obteniendo una significancia estadística con nivel de confianza del 90% con un poder del 60% para variable de resultado dicotómica con una muestra esperada del 50%, utilizando las tablas de Hulley para su obtención.¹²

Las variables independientes estudiadas fueron: sexo, edad, clasificación AORI,⁵ presencia de artrodesis fallida previa, número de artroplastias de rodilla fallidas previas.

Nuestras variables a estudiar fueron: número de intervenciones quirúrgicas, la presencia o ausencia de fusión de la artrodesis mediante la clasificación de Hammer,¹¹ tiempo para la fusión, tiempo para el inicio del apoyo y la capacidad de deambulación. A su vez, se analizó la presencia de complicaciones, recurrencia de infección y germen aislado. Analizándose con medidas de tendencia central y análisis descriptivo.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 17 casos con diagnóstico de infección periprotésica de rodilla tratados mediante artrodesis con clavo centromedular autobloqueante expandible y fijador externo monoplanar unilateral poliaxial dinámico (cuadro I), de los cuales el 70.6% tenía el antecedente de más de 2 artroplastias de rodilla fallidas en la rodilla afectada (figura 1) y en el 47.1% se le había realizado 1 artrodesis fallida previa (figura 2), con un seguimiento de 1 a 2 años.

CUADRO I
Tabla demográfica de la población estudiada

Caso	Edad	Género	Artroplastias fallidas	Artrodesis fallidas previas	AORI ^π	Comorbilidades
1	80	Hombre	2	Sí	AORI III	HTAS*
2	52	Mujer	2	Sí	AORI III	Guillain-Barré (secuela)
3	81	Mujer	3	No	AORI III	DM2 [†] , HTAS, TVP [‡]
4	63	Hombre	2	No	AORI IIB	HTAS, TVP
5	68	Hombre	2	No	AORI III	—
6	65	Hombre	1	Sí	AORI III	DM2
7	83	Mujer	2	Sí	AORI III	—
8	77	Mujer	1	Sí	AORI III	Glaucoma
9	80	Hombre	1	No	AORI IIB	HTAS
10	63	Mujer	2	No	AORI III	DM2
11	61	Mujer	2	Sí	AORI III	—
12	79	Mujer	3	No	AORI III	HTAS, AR
13	71	Mujer	1	No	AORI III	HTAS
14	64	Mujer	2	No	AORI III	HTAS, AR, TVP
15	76	Hombre	2	No	AORI III	Esclerodermia
16	72	Hombre	2	Sí	AORI III	DM2, HTAS
17	81	Hombre	1	Sí	AORI III	DM2

HTAS = Hipertensión arterial sistémica; DM2 = Diabetes mellitus II; TVP = Trombosis venosa profunda; AR = Artritis reumatoidea; π: Clasificación Anderson Orthopaedic Research



FIGURA 1

Caso con 2 artroplastias fallidas y pérdida ósea AORI III, tratado mediante artrodesis de rodilla con clavo expandible y fijador externo con aplicación de autoinjerto y aloinjerto; logrando adecuada fusión y osificación del defecto



FIGURA 2

Caso con artrodesis fallida previa y pérdida ósea AORI IIB, tratado mediante artrodesis de rodilla con clavo expandible y fijador externo logrando fusión completa a los 5 meses

De los pacientes, el 52.9% eran mujeres y 47.1 % hombres, con un promedio de edad de 71.5 años (52-83). El 88.2% de estos pacientes contaba con alguna comorbilidad, siendo la más frecuente la hipertensión arterial en un 47.1% seguida de la diabetes mellitus en un 29.4%. El 88.2% tenían una pérdida ósea AORI III.

En el 82.4% se obtuvo una fusión ósea completa de la artrodesis, (Hammer I-II), ^{11,13} hubo un paciente sin fusión (Hammer IV-V), ¹³ 1 paciente con fusión dudosa (Hammer III), ¹³ y 1 paciente al que se le realizó una amputación supracondílea. El 52.9% llegó a la fusión antes de los 6 meses, con un promedio de tiempo de fusión de 6.33 meses (3-11 meses), iniciando el apoyo completo en promedio a los 3.29 meses (1-7 meses), retirándose el fijador en promedio a los 7.5 meses (3-16 meses). El 88.2% de los pacientes fueron capaces de realizar una deambulación independiente posterior al retiro del fijador.

Los resultados se lograron en 64.7% con 2 intervenciones quirúrgicas (colocación de artrodesis/retiro de fijador externo); en 23.5% tres intervenciones, y 5.9% con 4 intervenciones. No se tuvo ninguna complicación durante el procedimiento quirúrgico inherente a la técnica quirúrgica, como sangrado mayor, lesión neurovascular, fractura, fallo en el inflado del clavo o pinchadura. El seguimiento máximo fue de 2 años.

Se tuvo una incidencia de complicaciones del 47.1% constando de: 2 infecciones de trayecto de pin, 2 aflojamientos de fijador externo, de los cuales uno fue secundario a traumatismo por atropellamiento vehicular, 2 dehiscencias de herida, 1 paciente con dolor residual, 1 paciente con amputación supracondílea.

Se tuvo una recurrencia de infección del 35.4%, 4 pacientes con presencia de fístula anterior, 1 paciente con dehiscencia de herida y 1 paciente con amputación supracondílea, aislando en el 71.4% de ellos infección por *S. Aureus* meticilino-resistente (cuadro II).

CUADRO II
Bacterias aisladas, recurrencia de infección y resultado en cada caso

Caso	Bacteria aislada (2 cultivos)	Recurrencia de infección	Falta de cubierta cutánea	Resultado final	Número de cirugías
1	MRSA + <i>K. pneumoniae</i>	Sí	No	Fusión completa	2
2	<i>Escherichia coli</i>	No	No	Fusión completa	2
3	<i>Escherichia coli</i>	No	No	Fusión completa	2
4	<i>Morganella morganii</i>	No	No	Fusión incompleta	2
5	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	No	No	Fusión completa	2
6	MRSA	Sí	No	Fusión completa	2
7	MRSA	No	No	Fusión completa	2
8	MRSA + <i>Escherichia coli</i>	Sí	Sí	Fusión completa	4
9	MRSA	No	No	Fusión completa	3
10	MRSA	No	No	Fusión completa	2
11	<i>Bacillus cereus</i>	No	Sí	Fusión completa	3
12	MRSA + <i>K. pneumoniae</i>	No	Sí	Fusión completa	2
13	<i>Escherichia coli</i>	No	No	Fusión completa	2
14	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	Sí	Sí	Amputación	4
15	<i>Escherichia coli</i>	No	No	Sin fusión	3
16	MRSA + <i>Escherichia coli</i>	Sí	Sí	Fusión completa	3
17	MRSA + <i>K. pneumoniae</i>	Sí	No	Fusión completa	2

MRSA = *Staphylococcus Aureus* metilino-resistente; *K. pneumoniae* = *Klebsiella pneumoniae*

DISCUSIÓN

Este método de artrodesis de rodilla fue pensado para pacientes que no son candidatos a cirugía de artroplastia de revisión de rodilla, encontrándose macroscópicamente libres de infección posterior a retiro de prótesis, desbridamiento quirúrgico y colocación de espaciador de cemento con antibiótico, contando con un cultivo negativo, pensado en mejorar la estabilidad y efectividad de la artrodesis con fijador externo al añadir un tutor intraóseo con un dispositivo de menor costo al resto de los dispositivos existentes actualmente para artrodesis de rodilla.

En los resultados del estudio podemos encontrar una homogeneidad en nuestra población en cuanto a mujeres y hombres, en su mayoría adultos mayores con una media de edad de 71.5 años de edad, encontrando en un alto porcentaje de ellos comorbilidades de importancia.

De nuestra población, todos los pacientes tienen diagnóstico de infección periprotésica de rodilla, un 70.6% tenía el antecedente de 2 o más artroplastias fallidas, así como el 47.1% contaba con el antecedente de una artrodesis previa, explicando esto la pérdida ósea tan importante (88.2%) AORI III en la población estudiada, colocando este método como un tratamiento indicado en pacientes con pérdida ósea considerable. En la bibliografía mundial, se encuentran varios estudios en los cuales se muestran resultados de las artrodesis realizadas debido a distintas causas, siendo sus resultados poco reproducibles.^{14,15,16,17}

La tasa de fusión de este método de artrodesis tiene un 82.4%, igualando a otros métodos existentes para artrodesis de rodilla, siendo las tasas de éxito más bajas 38-53%, reportadas en las artrodesis solamente con fijador externo,^{8,18} reportándose la adecuada fusión con fijador externo monoplanar en 9 de 19 pacientes, y 10 de 12 pacientes con clavo centromedular largo.⁸ En 2008, Jeroen De Vil reporta una tasa de fusión mediante clavo modular en el 74% de los casos;¹⁵ Incavo reporta unión con el uso de clavo intramedular largo bloqueado en 17 de 21 pacientes.¹⁹

El tiempo de fusión promedio en los pacientes fue de 6.33 meses, obteniendo un tiempo de fusión similar o mejor al reportado en la literatura, el cual es de 6.3-6.6 meses en promedio;^{8,20} esto tomando en cuenta que un paciente sufrió un traumatismo por atropellamiento vehicular a los 4 meses de la artrodesis, que le provocó aflojamiento del fijador externo requiriendo recolocación, aumentando con esto el tiempo para fusión hasta 11 meses y tiempo para retiro del fijador a los 16 meses, logrando al final una adecuada fusión.

Todos los pacientes que lograron una deambulación independiente, utilizan alza en el zapato, siendo el acortamiento una de las desventajas de la artrodesis con enclavado intramedular.^{6,19}

El método estudiado mostró un similar índice de complicaciones con un 47.1% en comparación con otros estudios; la artrodesis con clavo centromedular modulado registró complicaciones entre el 58 y 76%,^{7, 8} y la artrodesis mediante fijador externo tipo Ilizarov tuvo una incidencia de complicaciones del 80%.²¹

Las complicaciones fueron en su mayoría menores, exceptuando un paciente con presencia de falta de cobertura de tejidos blandos y artritis reumatoide de difícil control, al cual se le realizó una amputación supracondílea de fémur debido a recurrencia de la infección cursando con sepsis al mes de evolución, con dos cultivos positivos para *S. Epidermidis*, esta complicación mayor es un desenlace indeseable siempre vigente en el tratamiento de este tipo de patología.^{6,8,15,22}

El 29.5% de nuestros pacientes tenía pérdida de cobertura de tejidos blandos en la rodilla afectada, requiriendo manejo con procedimientos quirúrgicos posteriores, encontrando también mayor recurrencia de infección, la cual fue del 35.4%, siendo esta mayor a lo reportado en otros estudios que van del 4.5 al 19.4%.^{14,18,23} Esta incidencia es difícil de comparar con otros estudios, debido a que presentan poblaciones que mezclan pacientes con patología infecciosa y sin patología infecciosa.^{14,18} Putman reportó, en pacientes con diagnóstico de infección periprotésica de rodilla tratada con clavo modular, una recurrencia de 19.4%.²⁴

Se documentó la recurrencia de infección como: presencia de fístula en región de rodilla con cultivo positivo o presencia de dehiscencia de herida quirúrgica con presencia de cultivo positivo, presentándose en 5 pacientes fístula en región anterior de rodilla, 1 paciente con dehiscencia de herida quirúrgica; todos los pacientes que fueron diagnosticados con recurrencia de infección continúan con antibioticoterapia paliativa.

El 71.4% de las recurrencias de infección fueron causadas por *S. Aureus* meticilino-resistente, correspondiendo esto con la bibliografía actual, que lo identifica como el principal germen causante de las infecciones periprotésicas de rodilla.^{2,24}

CONCLUSIONES

En pacientes con pérdida ósea importante (AORI IIB y III) e infección periprotésica, la artrodesis de rodilla con clavo expandible y fijador externo es una alternativa de salvamento de la extremidad.

Se necesitan estudios nivel I-II, con mayor seguimiento y número de pacientes para comprobar la efectividad del tratamiento.

REFERENCIAS

1. Martín MMS. Incidencia, Prevención y diagnóstico de la infección articular periprotésica. Rev Española Cirugía Osteoartic. 2009;44:1-14.
2. Kurtz SM, Ong KL, Lau E, Bozic KJ, Berry D, Parvizi J. Prosthetic Joint Infection Risk after TKA in the Medicare Population. Clin Orthop Relat Res. 2010; 468(1):52-6.
3. Bozic KJ, Kurtz SM, Lau E, Ong K, Chiu V, Vail TP, et al. The epidemiology of revision total knee arthroplasty in the United States. Clin Orthop Relat Res. 2010;468:45-51.
4. Qiu YY, Yan CH, Chiu KY, Ng FY. Review article: bone defect classifications in revision total knee arthroplasty. J Orthop Surg. 2011;19(2):238-43.
5. Pécora JR, Hinckel BB, Demange MK, Gobbi RG, Tirico LEP. Interobserver correlation in classification of bone loss in total knee arthroplasty. Acta Ortop Bras. 2011;19(6):368-72.
6. Kuchinad R, Fourman MS, Phil M, Fragomen AT, Rozbruch SR. Knee arthrodesis as limb salvage for complex failures of total knee arthroplasty. J Arthroplasty. 2014;29(11):2150-5.

7. Bentley G Knee arthrodesis. The EFFORT textbook. European Surgical Orthopaedics and Traumatology. 2014;1615-6.
8. Somayaji HS, Tsaggerides P, Ware HE, Dowd GSE. Knee arthrodesis. A review. Knee. 2008;15:247-54.
9. Fragomen AT, Rozbruch SR. The mechanics of external fixation. HSS J. 2007;3:13-29.
10. Panidis G, Sayegh F, Beletsiotis A, Hatzimmanuil D, Antosidis K, Natsis K. The use of an innovative inflatable self-locking intramedullary nail in treating and stabilizing long. Osteo Trauma Care. 2003; 11:s108-s112.
11. Hammer RR, Hammarby S, Lindholm B. Accuracy of radiologic assessment of tibial shaft fracture union in humans. Clin Orthop Relat Res. 1985;(199):233-8.
12. Hulley SB CS. Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico. Ed. Doyma. Barcelona; 1993.
13. Whelan DB, Bhandari M, McKee MD, Guyatt GH, Kreder HJ, Stephen D, et al. Interobserver and intraobserver variation in the assessment of the healing of tibial fractures after intramedullary fixation. J Bone Joint Surg Br. 2002;84:15-8.
14. Yeoh D, Goddard R, Macnamara P, Bowman N, Miles K, East D, et al. A comparison of two techniques for knee arthrodesis: the custom made intramedullary Mayday nail versus a monoaxial external fixator. Knee. 2008;15:263-7.
15. De Vil J, Almqvist KF, Vanheeren P, Boone B, Verdonk R. Knee arthrodesis with an intramedullary nail: A retrospective study. Knee Surgery, Sport Traumatol Arthrosc. 2008;16:645-50.
16. Ramazzini-Castro R, Pons-Cabrafiga M. Knee arthrodesis in rescue surgery: A study of 18 cases. Rev Española Cirugía Ortopédica y Traumatol. 2013;57 (1):45-52.
17. Latal J, Horsky I. Arthrodesis of the knee joint. J Arthroplasty. 2000;15(7):446-51.
18. Riouallon G, Molina V, Mansour C, Court C, Nordin JY. An original knee arthrodesis technique combining external fixator with Steinman pins direct fixation. Orthop Traumatol Surg Res. 2009;95:272-7.
19. Incavo SJ, Lilly JW, Bartlett CS, Churchill DL. Arthrodesis of the knee: experience with intramedullary nailing. J Arthroplasty. 2000;15(7):871-6.
20. Schwarzkopf R, Kahn TL, Succar J, Ready JE. Success of different knee arthrodesis techniques after failed total knee arthroplasty: Is there a preferred technique? J Arthroplasty. 2014;29(5):982-8.
21. Oostenbroek HJ, van Roermund PM. Arthrodesis of the knee after an infected arthroplasty using the Ilizarov method. J Bone Joint Surg Br. 2001;83:50-4.
22. Arroyo JS, Garvin KL, Neff JR. Arthrodesis of the knee with a modular titanium intramedullary nail. J Bone Jt Surg. 1997;79:26-35.
23. Wilde H, Stearns KL. Intramedullary fixation for arthrodesis of the knee after infected total knee arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 1989;87-92.
24. Kurtz SM, Lau E, Schmier J, Ong KL, Zhao K, Parvizi J. Infection burden for hip and knee arthroplasty in the United States. J Arthroplasty. 2008;23:984-91.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no reportaron alguno que tuviera relación con este artículo.