

INTRODUCCIÓN

La artrodesis de cadera fue una vez un recurso de primera línea, pero ha ido perdiendo seguidores con el tiempo, y hoy en día es un procedimiento de última línea muy poco común. En consecuencia, la conversión de una artrodesis en una artroplastia total de cadera, además de la gran complejidad inherente al procedimiento, se ha convertido en una cirugía muy inusual con la que pocos ortopedistas tienen contacto. La presentación del siguiente caso clínico tiene como objetivo explorar las dificultades inherentes a la complejidad de convertir una artrodesis de cadera en una artroplastia total de cadera y verificar los resultados funcionales y las complicaciones asociadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

71 años, varón, autónomo en las actividades de la vida diaria. Accidente de motocicleta a los 31 años que resultó en fractura acetabular de cadera izquierda. Se realizó un intento de osteosíntesis, pero con malos resultados funcionales. Luego fue sometido a una artrodesis de cadera con una placa Cobra. Artrodesis exitosa con unión ósea. Tras 40 años de gran sufrimiento y mala calidad de vida por quejas de dolor lumbar, cadera contralateral y rodilla ipsilateral enferma, se dirige a nuestro centro donde presenta su caso.



Fig. 1 Radiografía anteroposterior de pelvis.



Fig. 2 Perfil falso de Lequesne cadera izquierda

Paciente sometido en noviembre de 2020 a desartrodesis de cadera: abordaje posterolateral bajo cicatriz previa, identificación de la placa de serpiente y su extracción, rotura de múltiples tornillos y no fue posible extraer todo el material quirúrgico. La placa y los tornillos acetabulares de osteosíntesis previa no se retiraron porque no interfirieron con la cirugía. La osteotomía del cuello femoral se realizó in situ.

Debido al mal funcionamiento de la musculatura abductora y la insuficiente estabilidad de la neoarticulación comprobada intraoperatoriamente, se aplicó una prótesis con doble movilidad. La duración de la cirugía fue de dos horas y media y la pérdida de sangre fue de 1.000 mL.



Fig. 3 Posicionamiento: decúbito lateral



Fig. 4 Abordaje posterolateral y extracción de placa de Cobra

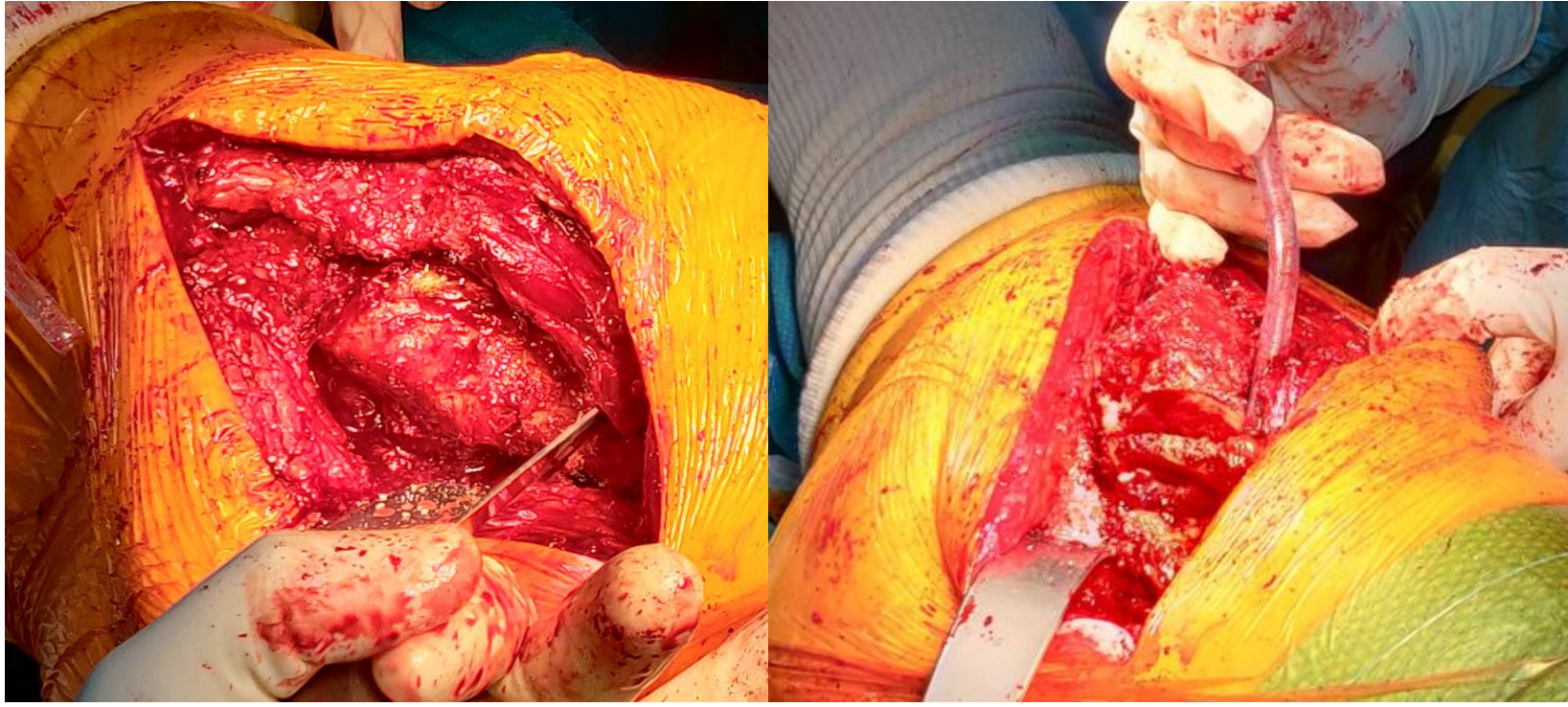


Fig. 5 Osteotomía femoral in situ

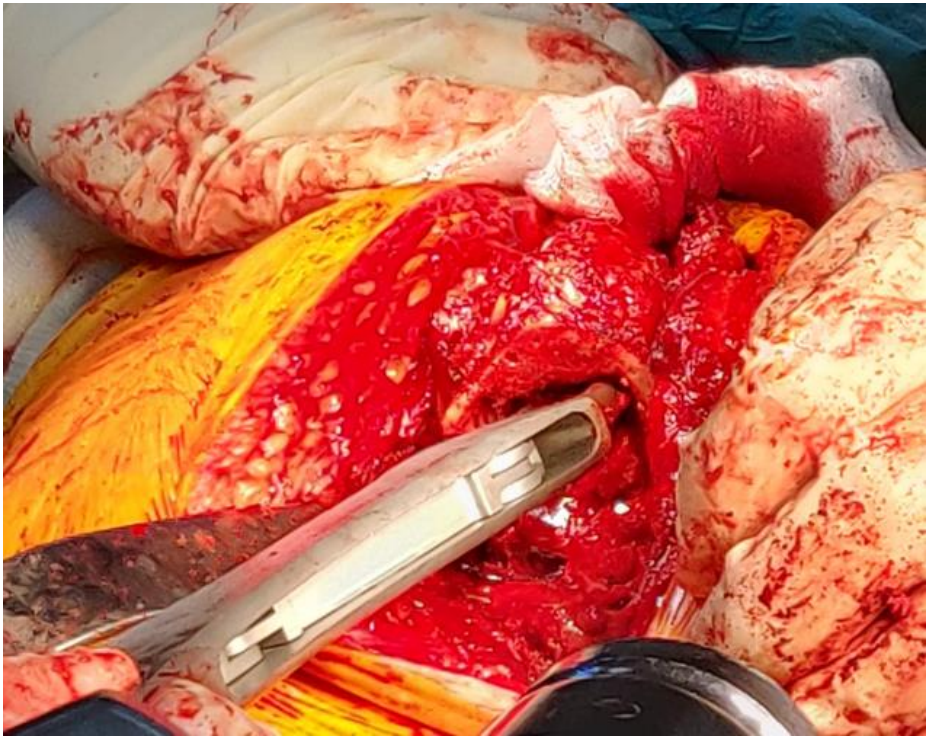


Fig. 6 Colocación del vástago femoral



Fig. 7 Fresado acetabular



Fig. 8 Prótesis de movilidad doble

RESULTADOS

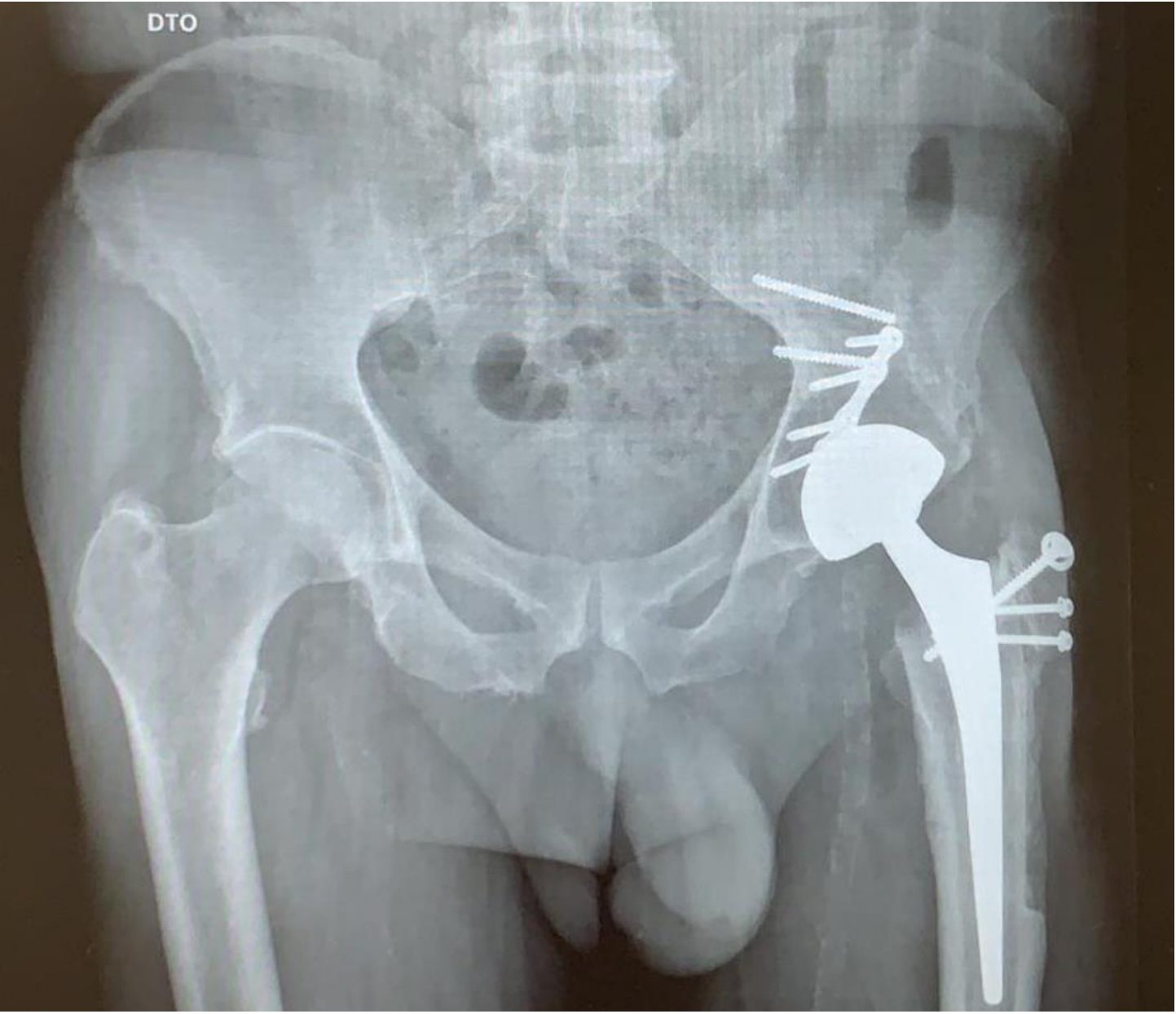


Fig. 9 Radiografía postoperatoria de pelvis



Fig. 10 Movilidad posoperatoria de la cadera izquierda

A los 3 meses de la cirugía, el paciente camina con el apoyo de un bastón, aún con una disminución significativa de la fuerza muscular en el miembro operado, y una marcha de Trendlenburg. Sin complicaciones sistémicas o locales. Buena evolución de la herida quirúrgica sin dehiscencia. Resultados funcionales: Harris Hip Score: mejoró 53,1 valores (28 valores preoperatorios vs 81,1 valores a los 3 meses postoperatorios). Escala de Merle d'Aubigne: mejora de 20 valores, valor que se clasificó como una mejora muy significativa.

Escala Visual preoperatoriamente	Analógica: VS	8 valores	2 valores
posoperatoriamente			

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

El caso clínico presentado demuestra que a pesar de la alta demanda técnica y las altas tasas de complicaciones asociadas a este procedimiento, una técnica quirúrgica bien planificada y bien ejecutada seguida de una adecuada rehabilitación funcional conduce a excelentes resultados funcionales y un buen grado de satisfacción del paciente.