

NO TODAS LAS FRACTURAS DE CADERA PRESENTAN UNA BUENA EVOLUCIÓN

Paulete García A, Popp Riedl E.R (Hospital Universitario Cáceres - Cáceres)

INTRODUCCIÓN

Tras la fijación de una fractura, el momento de extracción del material de osteosíntesis no está claramente definido en la literatura, representando el 30% de las cirugías electivas en COT. En caso de pseudoartrosis, infección o rotura del material la indicación es clara, pero no es así en el caso de un paciente asintomático con consolidación de la fractura. La refractura, es la complicación más frecuente tras la retirada del MOS, y suele estar causada por una extracción precoz en los primeros 12 meses tras la fractura.

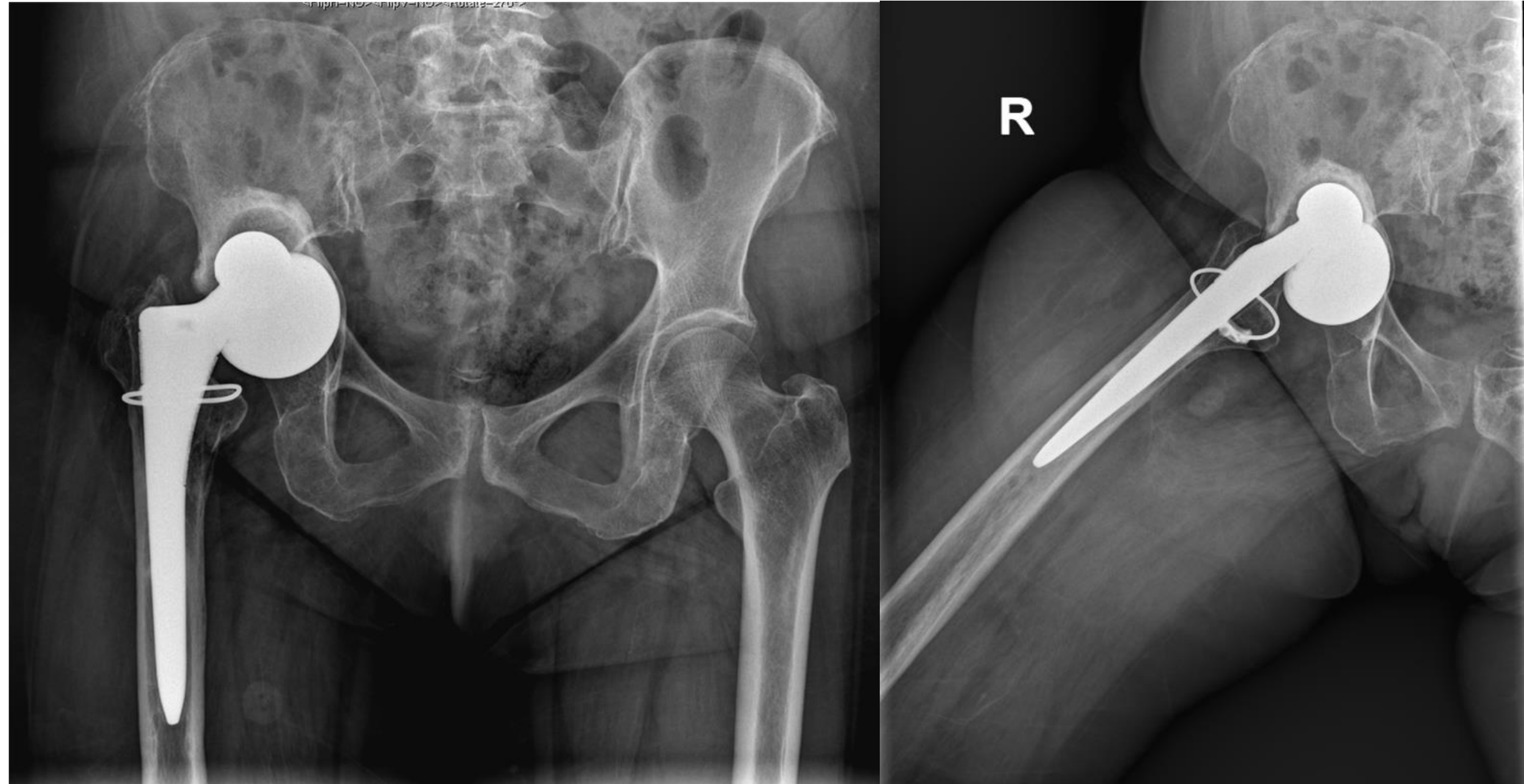
OBJETIVOS

A propósito de una caso, se evalúan las complicaciones tras una retirada precoz de la osteosíntesis, así como el manejo de los defectos acetabulares tras movilización aséptica de los componentes

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer 61 años que en 2013 (54 años), sufre fractura pertrocanterea fémur derecho tras caída fortuita. Se optó por enclavado endomedular, permitiendo carga inmediata e iniciando tratamiento antiosteoporótico. A los 6 meses se retira el clavo por molestias, y al mes de la EMO tras nueva caída presenta fractura subcapital de cadera derecha. Con los antecedentes, se realiza ATC con cotilo Trylogy, vástago no cementado y par cerámica-cerámica. Tras ello la paciente tiene una vuelta progresiva a su vida habitual.

A los 4 años, comienza con coxalgia derecha ocasional asociada a gonalgia bilateral. La coxalgia persiste, con buen BA, dolor a flexión y RI, sin insuficiencia glútea ni movilización de componentes. 6 años tras la artroplastia, refiere aumento del dolor sin pérdida de deambulación, objetivándose analítica y radiográficamente un aflojamiento aséptico del componente acetabular que evoluciona a defecto cavitario 3B-Paprosky.

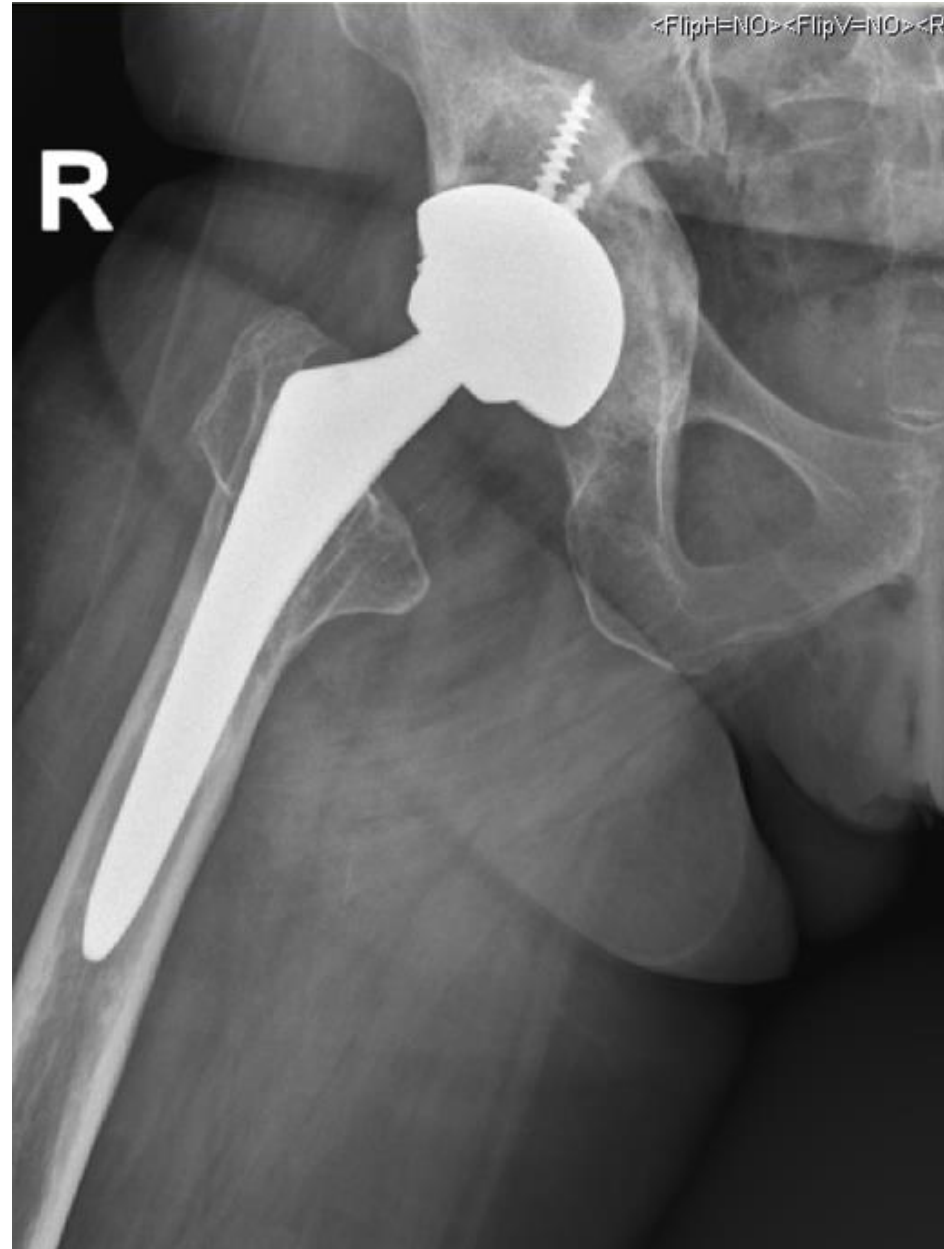


RESULTADOS

Mediante un abordaje posterolateral y desbridamiento minucioso de la metolosis, se extrae la cabeza femoral y componentes acetabulares, objetivándose defecto en región superoanterior resultado de la neoarticulación creada. Conserva techo, pared posterior y transfondo de cotilo; descartándose la colocación de Cup-cage. Se fresa el acetábulo en la posición deseada. Posteriormente, se prepara el injerto óseo estructurado con fragmentos de esponjosa (1cm²) de aloinjerto de banco; rellenando el defecto y resto de cotilo mediante impactación y regularización con fresa. Por último, se coloca cotilo definitivo de Tantalio, dos tornillos, polietileno con ceja posterior 20º y cabeza femoral cerámica 32mm/-3.5. Tras adecuado postoperatorio inmediato, a las 4 semanas presenta clara mejoría clínica, realizando carga parcial asistida con muletas y una radiografía sin cambios. Se mantendrá seguimiento y evolución de la paciente.

CONCLUSIONES

La cirugía de revisión de cadera está aumentando, siendo el componente acetabular el más recambiado y el aflojamiento aséptico la causa más frecuente. La reconstrucción acetabular con injerto restaura el stock óseo y centro de rotación de la cadera, pero con resultados inconsistentes a largo plazo por la resorción del injerto. Se requiere de una adecuada planificación quirúrgica.



BIBLIOGRAFÍA

1. Mingo-Robinet J, Pérez Aguilar M. Implant removal of osteosynthesis. Results of a survey among Spanish orthopaedic surgeons. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (English Edition)*. Volume 65, Issue 5, September–October 2021, Pages 331-339.
2. Garín Zertuche D.E, Oseguera Ocegüera A, Acosta Escalona O. Manejo de los defectos acetabulares en la artroplastia total de cadera de revisión. *Orthotips AMOT*. Vol. 15, Núm. Oct.-Dic. 2019. pp 198-205. Disponible en: doi: 10.35366/94045
3. Burgo F. J, Vindver G.I, Paprosky W.G, Rosenberg A.G. Revisión acetabular: métodos de reconstrucción, indicaciones y resultados. *Rev. Asoc. Arg. Ortop. y Traumatol*. Vol. 67, Ne 2, págs. 130-140
4. Keeney, J.A. Capítulo 114: Artroplastia total de cadera de revisión. Sección 9: Terapia conservadora, cirugía de salvamento y artroplastia de cadera y rodilla. *AAOS Comprehensive Orthopaedic Review 2*. American Academy Of Orthopaedic Surgeons. 2014. Pag 1291-1302