

Revisión en paciente difícil de prótesis total de cadera

Desarrollo mejorado de los componentes protésicos

A propósito de un caso

García Sánchez ,L¹. González Brasero, J.C².
Viejobueno Mayordomo, M.C¹.González Lozoya, I².
Verdejo González, A¹

1Médico Interno Residente Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.
2Facultativo Especialista Área Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

INTRODUCCIÓN

La luxación congénita de cadera(LCC) es una de las principales causa de displasia. Produce una serie de deformidades en la articulación que abarcan desde la pérdida de cobertura hasta la inestabilidad, la subluxación o la luxación, y alteraciones en la forma de la cabeza, del cuello del fémur y del cotilo, produciendo un proceso degenerativo precoz y ocasionando coxartrosis en el adulto joven. El objetivo es plantear la presentación de un caso clínico sobre la luxación congénita de cadera, donde revisamos la evolución y tratamiento de esta enfermedad en los últimos años.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisó la evolución un caso clínico del Hospital General Universitario de Albacete con esta patología, realizándose actualmente revisión quirúrgica.



Fig.1.Rx pelvis A-P: LCC izquierda

RESULTADOS

Presentamos una mujer de 58 años diagnosticada de LCC izquierda, observándose en la radiografía un acetábulo insuficiente en la parte superior y anterior, y una luxación de cadera alta tipo IV de Crowe (Fig.1).

Ante estos hallazgos se decide tratamiento quirúrgico, colocando prótesis total de cadera con reconstrucción de cotilo primario de pequeño tamaño, cabeza de diámetro de 22, además de osteotomía de acortamiento de fémur, osteosíntesis con placa de injerto liofilizado y cerclajes, con evolución satisfactoria (Fig.2). Tras once años, se observa desgaste del polietileno del cotilo, por lo que ante la instauración de sintomatología progresiva realizamos segunda intervención con recambio de cotilo de doble movilidad mediante la retirada de antiguo cotilo metálico y tornillo, fresado del trasfondo e impactación de injerto óseo además de una cabeza metálica (Fig.3). Actualmente la paciente presenta mejoría de la clínica y en la radiografía una correcta alineación y ausencia de aflojamiento de los materiales.

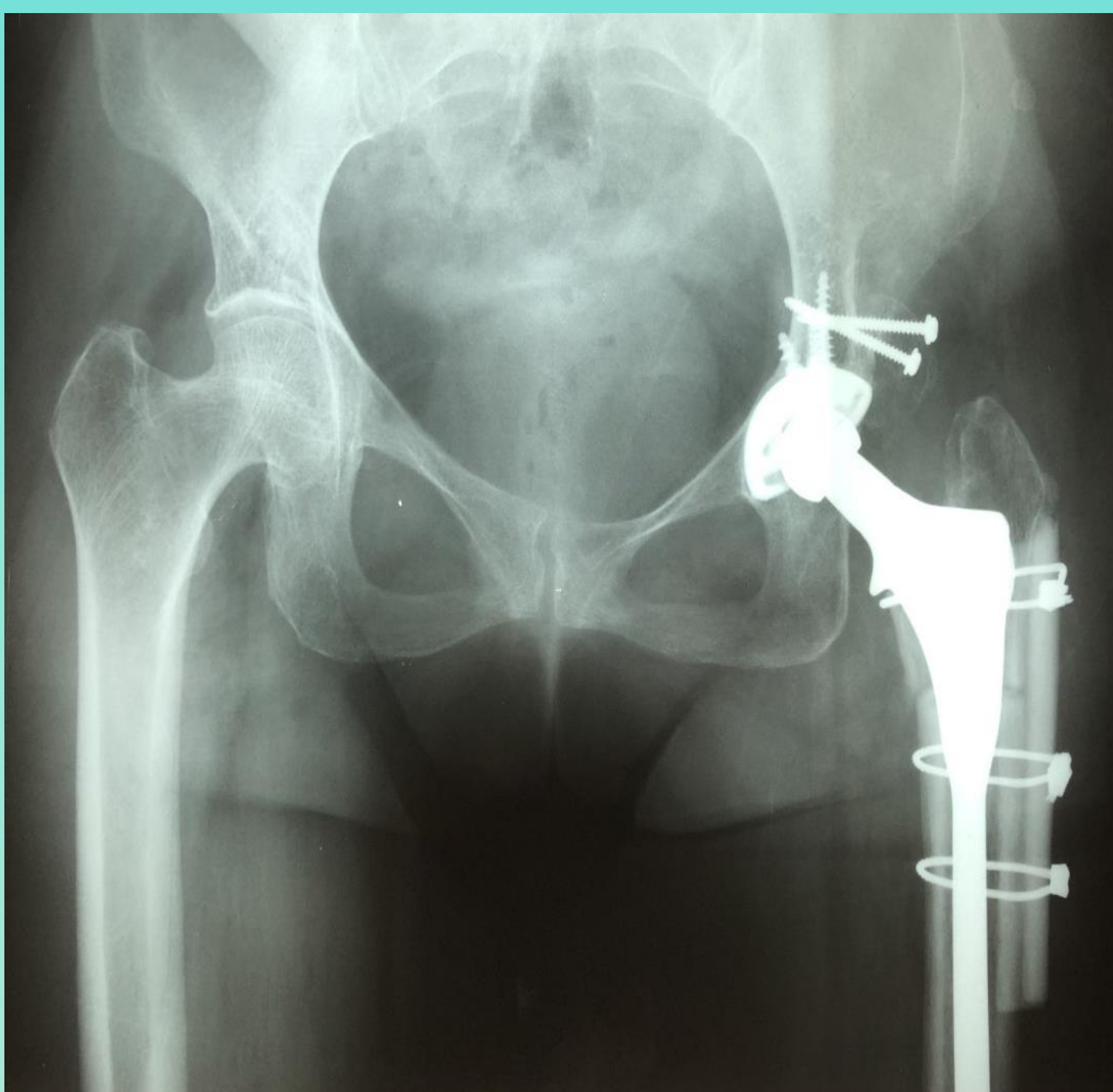


Fig.2.Rx pelvis A-P: control tras años de la primera intervención quirúrgica

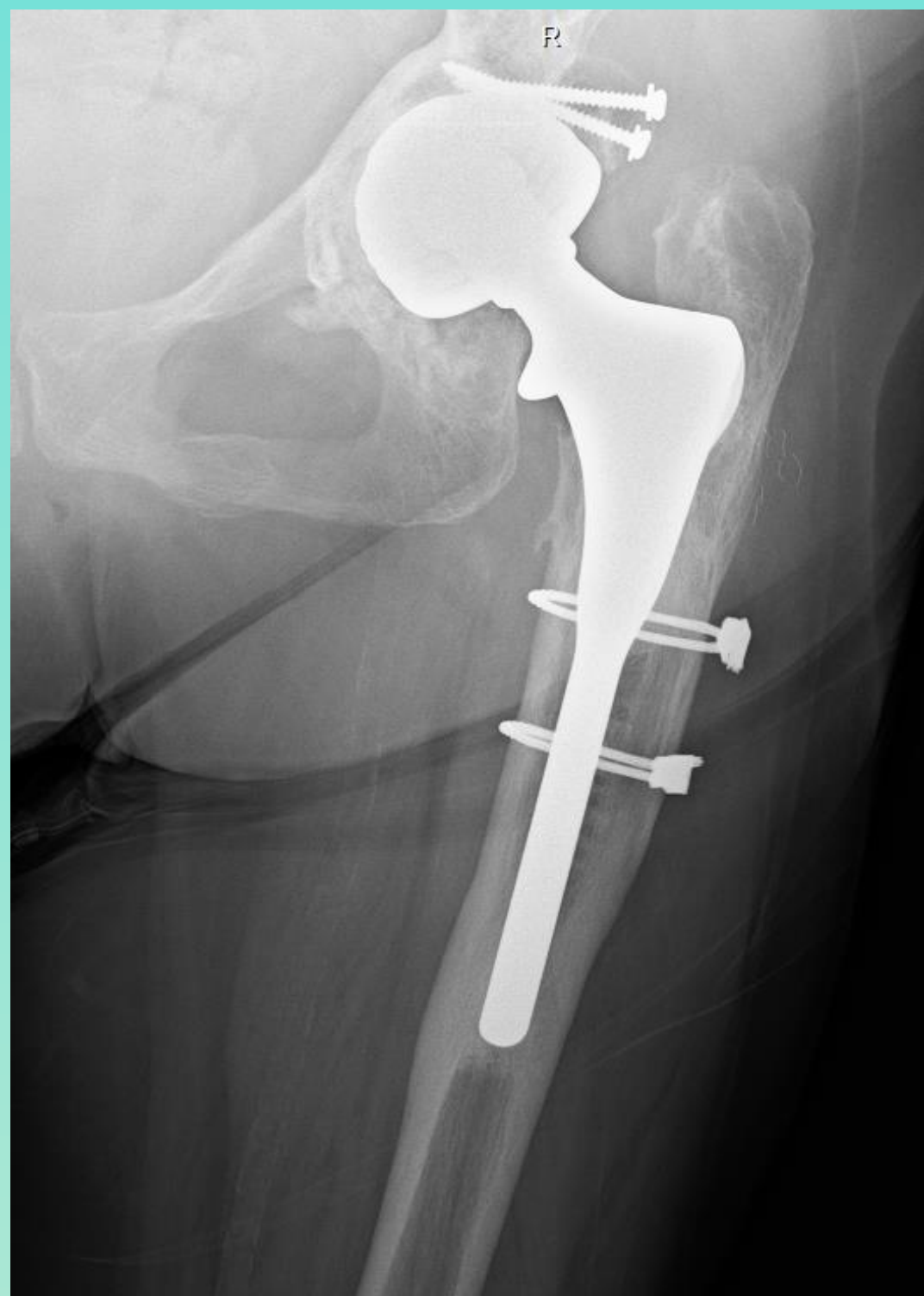


Fig.3.Rx pelvis A-P tras la actual reintervención

CONCLUSIONES

Actualmente la gran variedad de componentes protésicos con mayores pares de fricción y sistemas de fijación al hueso, facilitan las cirugías de caderas difíciles primarias y las revisiones de prótesis aflojadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bracken J, Tran T, Ditchfield M. Developmental dysplasia of the hip: controversies and current concepts. J Paediatr Child Health. 2012;48:963-72.
2. Gómez García F. Displasia de cadera en el adulto Ortho-tips Vol. 1 No. 1 2005.
- 3.Clohisy JC, Nunley R, Carlisle J. Incidence and characteristics of femoral deformities in the dysplastic hip. Clin Orthop Relat Res. 2009;467:128-34.
4. Gala L, Clohisy JC, Beaulé P. Hip dysplasia in the young adult. J Bone Joint Surg. 2016;98:63-73.
5. Makita H, Inaba Y, Hirakawa K, Saito T. Results on total arthro-plasties with femoral shortening for Crowe’s group IV dislocated hips. J Arthroplasty. 2007;22:32-8
6. R,Sancho. N,Marius. V,Pertegas Displasia de cadera en el adulto.Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Universitat Autònoma de Barcelona.