

Disociación de cabeza bipolar en hemiartroplastia de cadera en paciente frágil: revisión de la bibliografía a propósito de un caso.

Catarina Inês Godinho Soares, Cristina Jiménez Nava, Eulogio Benito Martin, José Alfonso Vallés Purroy y Paula Martin Nuñez

Objetivos

Comentar el manejo de un episodio de disociación de cabeza bipolar de hemiartroplastia de cadera tras luxación en paciente frágil.

Material y Métodos

Se trata de una mujer de 89 años con diagnóstico de fractura intracapsular de fémur, Garden IV. Está institucionalizada en una residencia de ancianos por deterioro cognitivo moderado-severo y es dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, aunque deambula con ayuda de acompañantes.



Imagen 1. Radiografía donde se aprecia fractura intracapsular de fémur izquierdo, Garden IV

Se realiza tratamiento quirúrgico mediante hemiartroplastia bipolar de cadera por abordaje posterior.



Imagen 2. Radiografía de control post-quirúrgico de hemiartroplastia bipolar de cadera. Nótese la actitud del miembro inferior izquierdo en flexo y aducción

5 semanas después se diagnostica de luxación protésica y durante un intento de reducción cerrada bajo sedación se produce disociación de la cabeza bipolar de hemiartroplastia.

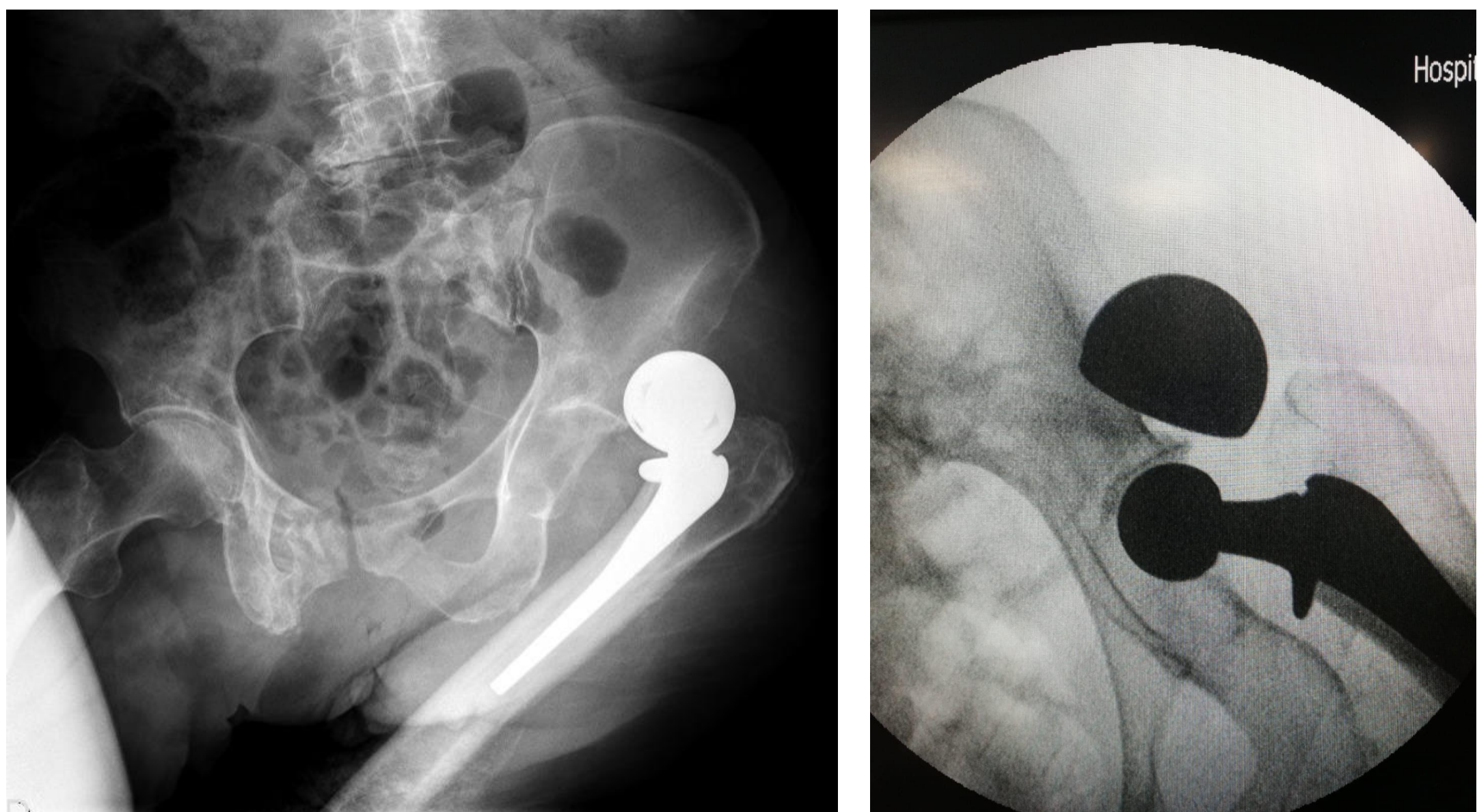


Imagen 3. Radiografía donde se observa luxación protésica (a la izquierda) y escopia intraoperatoria de reducción cerrada de la misma (a la derecha), observándose disociación de la cabeza bipolar

Se realiza reconversión a artroplastia total de cadera, encontrándose el polietileno libre. Se implanta cotilo e inserto de doble movilidad, manteniéndose el vástago original por estabilidad del mismo.

La paciente es dada de alta a residencia al 6º día postoperatorio, aunque al día siguiente sufre luxación de la prótesis total de cadera, no lográndose reducción cerrada. Se realiza procedimiento de Girdlestone.



Imagen 4. Radiografía donde se observa luxación protésica (a la izquierda) y radiografía de control post-quirúrgico de procedimiento de Girdlestone (a la derecha),

Resultados

11 semanas tras el Girdlestone presenta aceptable evolución, de acuerdo con sus características basales.

Conclusiones

La luxación de hemiartroplastia de cadera, menos frecuente que la de artroplastia total, puede ocurrir con más frecuencia, según la literatura, si se realiza abordaje posterior o ante la presencia de déficits cognitivos. (1) Existen pocos casos descritos en la literatura de disociación de una hemiartroplastia bipolar tras intento de reducción de una luxación. (2) Se produce por un mecanismo de “abrebotellas”, por tracción continua de la cabeza interna mientras la externa se queda alojada en el borde acetabular. (2) Primeramente, según la literatura, se realizaría traslación proximal del miembro luxado y aducción bajo control escópico, contactando la porción convexa de la copa externa con el hueso acetabular, ejecutándose después la técnica habitual. (2) El patrón oro para el tratamiento de la fractura intracapsular de fémur proximal es el quirúrgico y no existe evidencia científica de calidad que permita a los cirujanos decantarse por un tratamiento conservador, (3)(4) más todavía al tratarse de una paciente con capacidad de deambular. Conociendo la evolución de este caso, quizás se debería investigar esta hipótesis terapéutica para pacientes con fragilidad elevada.

Bibliografía

1. Jones C, Briffa N, Jacob J, Hargrove R. The Dislocated Hip Hemiarthroplasty: Current Concepts of Etiological factors and Management. The Open Orthopaedics Journal. 2017;11(1):1200-1212.
2. Bian Y, Wang L, Xiao K, Jin J, Zhang B, Weng X. Hip dislocation and femoral component disassembly after bipolar hemiarthroplasty. Chinese Medical Journal. 2019;132(3):370-372.
3. Frenkel Rutenberg T, Assaly A, Vitenberg M, Shemesh S, Burg A, Haviv B et al. Outcome of non-surgical treatment of proximal femur fractures in the fragile elderly population. Injury. 2019;50(7):1347-1352.
4. Kim D, Honeycutt M, Riehl J. Hip fractures: current review of treatment and management. Current Orthopaedic Practice. 2019;30(4):385-394.