

RECAMBIO DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA: combinación de sistemas

Durán-Serrano, María; Panisello- Sebastia, Juan-José; Abad-Velaz, Oier; Pindado-García, Carlos; Martín-Hernández, Carlos
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN

La artroplastia total de la cadera ha sido uno de los hitos más destacados de la cirugía ortopédica a lo largo de su historia. Desde los primeros intentos de sustituir una cadera lesionada por un elemento artificial, han sido muchos los materiales utilizados con mayor o menor éxito. Por este motivo, en la actualidad, existen pacientes que portan prótesis de cadera descatalogadas y que su recambio exige al traumatólogo idear sistemas que combinen los materiales quirúrgicos antiguos con los actuales, buscando compatibilidades entre los diferentes sistemas. A continuación, presentamos un caso tratado en nuestro centro.

CASO CLÍNICO

Paciente de 83 años en tratamiento con Sintrom por cardiopatía y cáncer de próstata, portador de prótesis total de cadera (PTC) Charnley derecha operada hace 39 años y PTC Poropalcar izquierda hace 29 años.

Acude a consultas de Traumatología por dolor en PTC derecha desde hace 3 años. El paciente presenta cojera, usa dos bastones para la deambulación y presenta una dismetría de extremidades inferiores de 1 cm.

En la radiografía de pelvis se detecta vástago de PTC derecha estable, de tipo monoblock, aflojamiento y migración craneal de cotilo, severo desgaste del polietileno y calcificaciones Brooker 3. Cadera izquierda estable.

En el TAC de cadera derecha se detecta defecto de Paprosky II-A con defectos cavitarios, vástago estable y ausencia de lucencias en cemento.

Se descarta causa séptica de aflojamiento ante analíticas sanguíneas sin alteraciones (PCR y VSG)

En resumen, estamos ante un aflojamiento aséptico de cotilo derecho con vástago cementado estable.

Tras el estudio del caso, se proponen dos opciones quirúrgicas:

- Recambio completo (cotilo poroso, injerto óseo, aumentos y vástago de fijación diafisaria). Se prevén serias dificultades para la descementación del fémur y la retirada del tapón distal. Es una opción que exige la exposición del paciente a un prolongado tiempo quirúrgico y profuso sangrado.
- Recambiar exclusivamente el cotilo y compatibilizar el vástago Charnley con el nuevo cotilo. Para ello, se piensa en combinar una caja de reconstrucción, injerto óseo y cotilo doble movilidad cementado. Para ello, será necesario ensamblar en el campo quirúrgico el polietileno del cotilo doble movilidad con el vástago Charnley.

Dados los antecedentes del paciente, se decide llevar a cabo la segunda opción por ser una opción menos agresiva. Se realiza retirada de cotilo, colocación de sistema de revisión acetabular GAP (Stryker®), cotilo Advantage (Zimmer®), y sistema de doble movilidad sobre vástago monoblock. De esta forma se ha conseguido una fijación sólida y con menor agresividad quirúrgica.

CONCLUSIONES

La actual convivencia de diferentes sistemas, exige al Traumatólogo la minuciosa planificación e individualización de estos casos quirúrgicos. Coordinando la compatibilidad entre los sistemas y buscando aquellos que se adaptan entre sí, evitando de esta forma el recambio innecesario de algunos componentes de las prótesis implantadas y centrándose en el recambio de los elementos aflojados o que generan conflicto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kim Y-H. Acetabular Cup Revision. Hip Pelvis. 2017;29(3):155.
2. Telleria JJ, Gee AO. Classifications in brief: Paprosky Classification of Acetabular Bone Loss. Clin Orthop. 2013;471(11):3725–30.
3. Mäkinen TJ, Kuzyk P, Safir OA, Backstein D, Gross AE. Role of cages in revision arthroplasty of the acetabulum. J Bone Joint Surg Am. 2016;98(3):233–42.

