

CIRUGÍA PROTÉSICA DE CADERA Y CÓMO APRENDER A BALANCEARNOS.

Lapeña Martínez A, Fornés Gallego E, Sevilla Monllor S, Hernández Mira F.



Hospital General
Universitari d'Elx



SECOT
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA
ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Introducción

El incremento a nivel general de la esperanza de vida y de la demanda funcional ha hecho aumentar la tasa de colocación de prótesis totales de cadera y fijaciones lumbares y, por tanto, el aumento de la tasa de complicaciones. Sabemos que se ha incrementado en un 293% la correlación de ambas técnicas en los últimos 10 años. Este hecho ha favorecido el aumento de luxaciones de prótesis, en general favorecidas por factores dependientes del paciente y del cirujano.

Objetivos

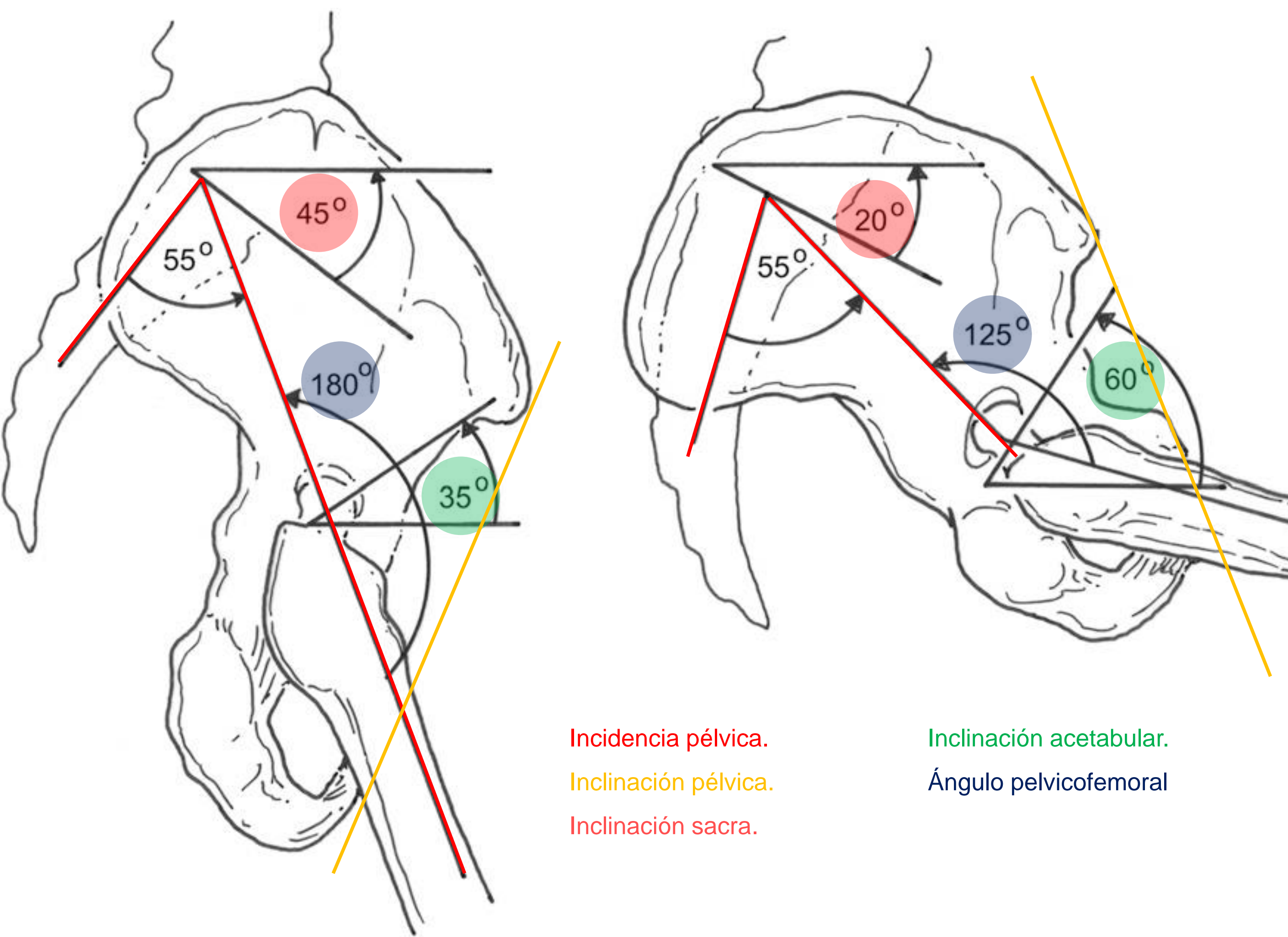
Presentar el término de disbalance espinopélvico, así como realizar una revisión de los factores a tener en cuenta para evitar complicaciones perioperatorias, a partir de dos casos.

Material y métodos

El disbalance espinopélvico es la adaptación de factores morfológicos y funcionales que permiten al ser humano posicionar el centro de gravedad del tronco sobre las cabezas femorales para mantener el equilibrio con el mínimo esfuerzo muscular.

Bipedestación

Sedestación



Durante la transición desde la bipedestación a sedestación se produce una retroversión pélvica donde cada grado de inclinación se compensa con 0,7 grados de anteversión acetabular. Esto sumado a la condición de pacientes con rigidez lumbar debido a cirugías previas o enfermedades degenerativas o reumatológicas lumbares, incrementarían el riesgo de luxación protésica por 3 al necesitar de una flexión femoral relativa mucho mayor al no poder modificar su inclinación pélvica .

Durante el simposio AAHS se propuso una clasificación según la rigidez y deformidad y tratamientos para reducir la tasa de luxaciones según las características de los pacientes:

CLASIFICACIÓN

Incidencia pélvica – lordosis lumbar

1: Alineamiento espinal normal (+/- 10°)

2: Deformidad en espalda plana (> 10°)

Inclinación sacra bipedestación – sedestación

A: Movilidad espinal normal (> 10°)

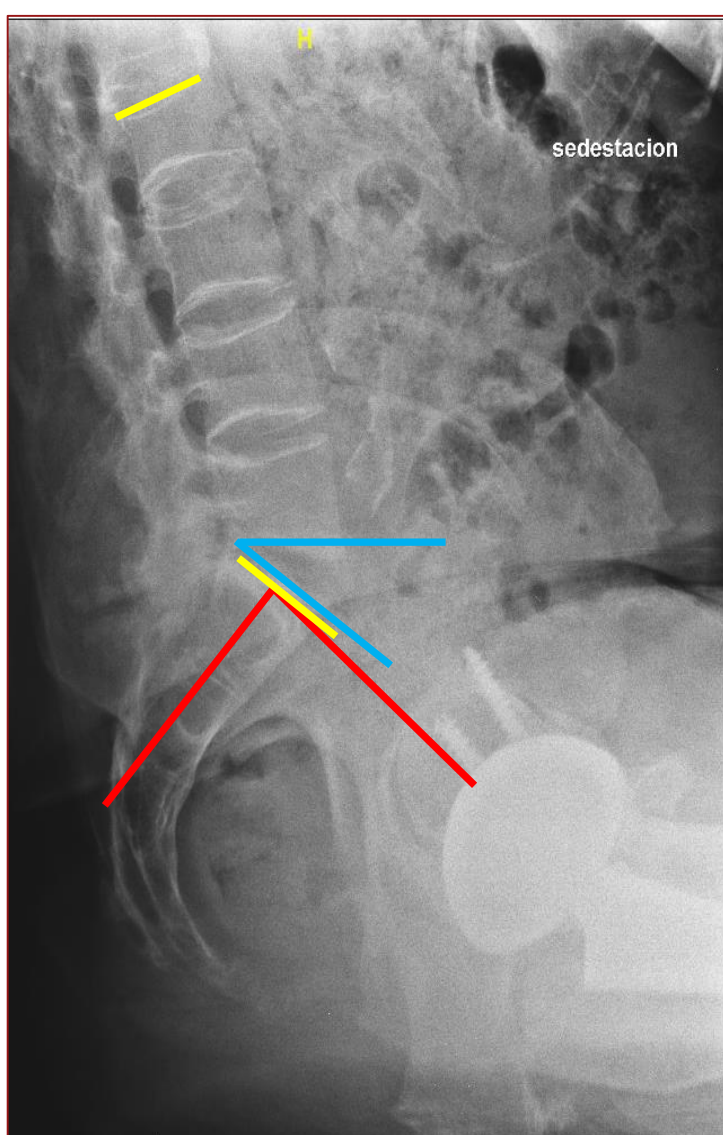
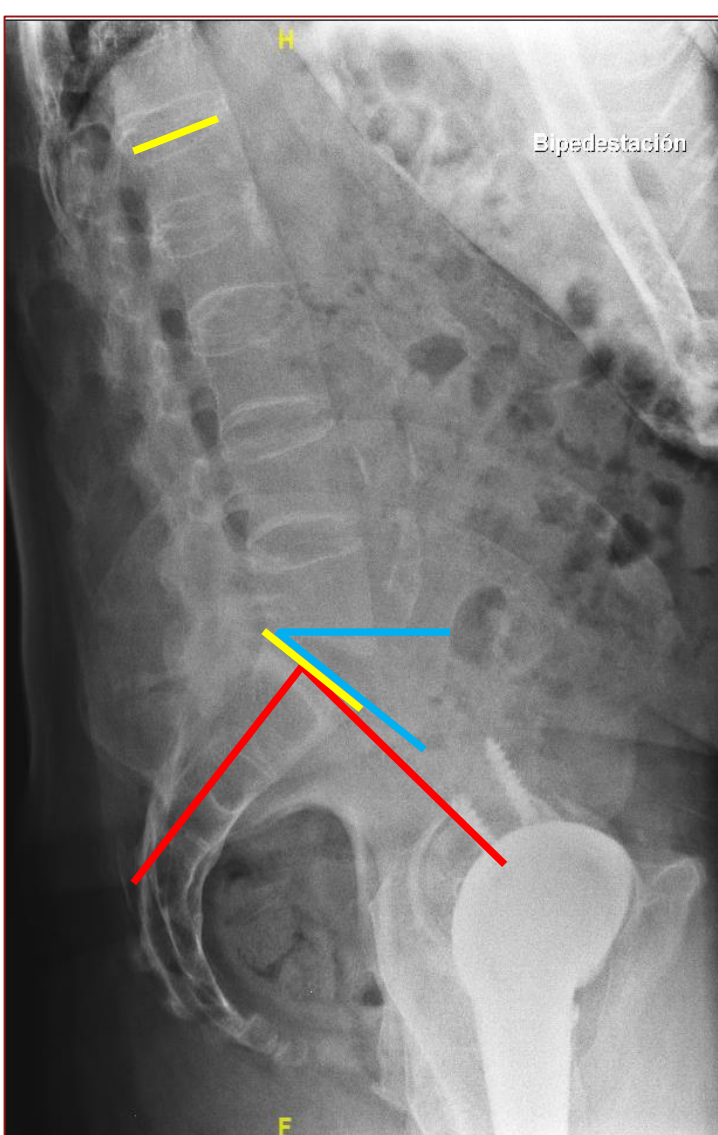
B: Rigidez en columna vertebral (< 10°)

TRATAMIENTO

- 1A Anteversión acetabular nativa.
- 1B 30° de anteversión en bipedestación.
- 2A 25°-30° de anteversión en bipedestación.
- 2B 30° de anteversión en bipedestación.

Resultados

1: Varón de 60 años con Espondilitis Anquilosante y coxartrosis.

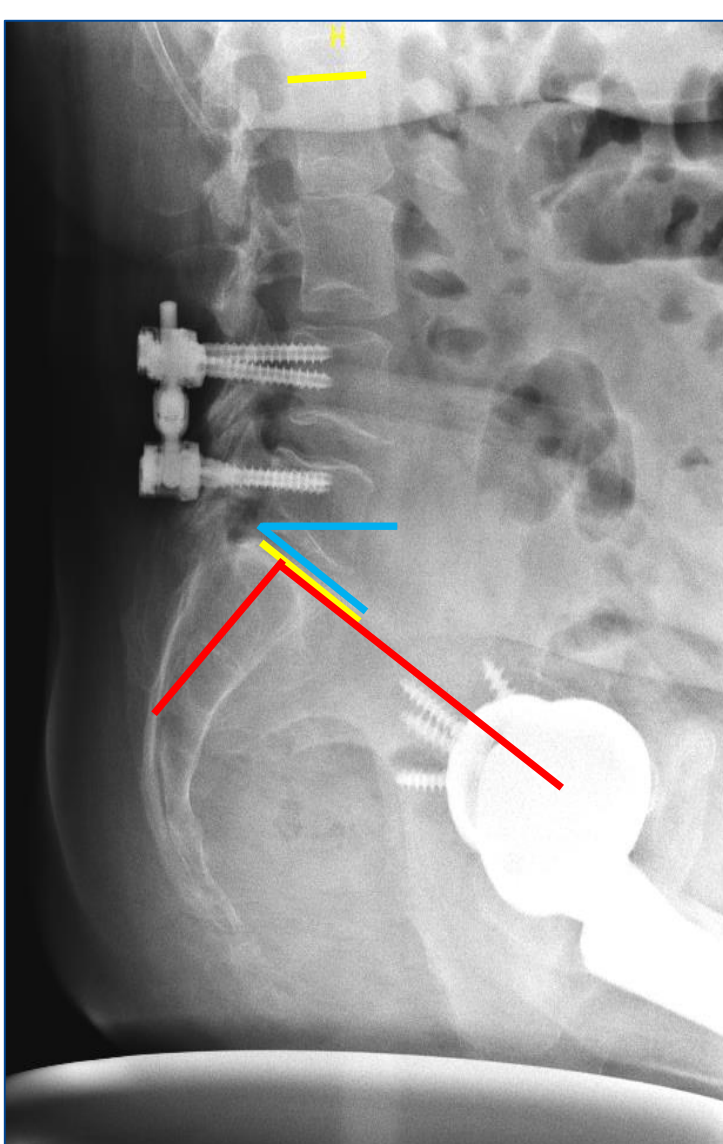
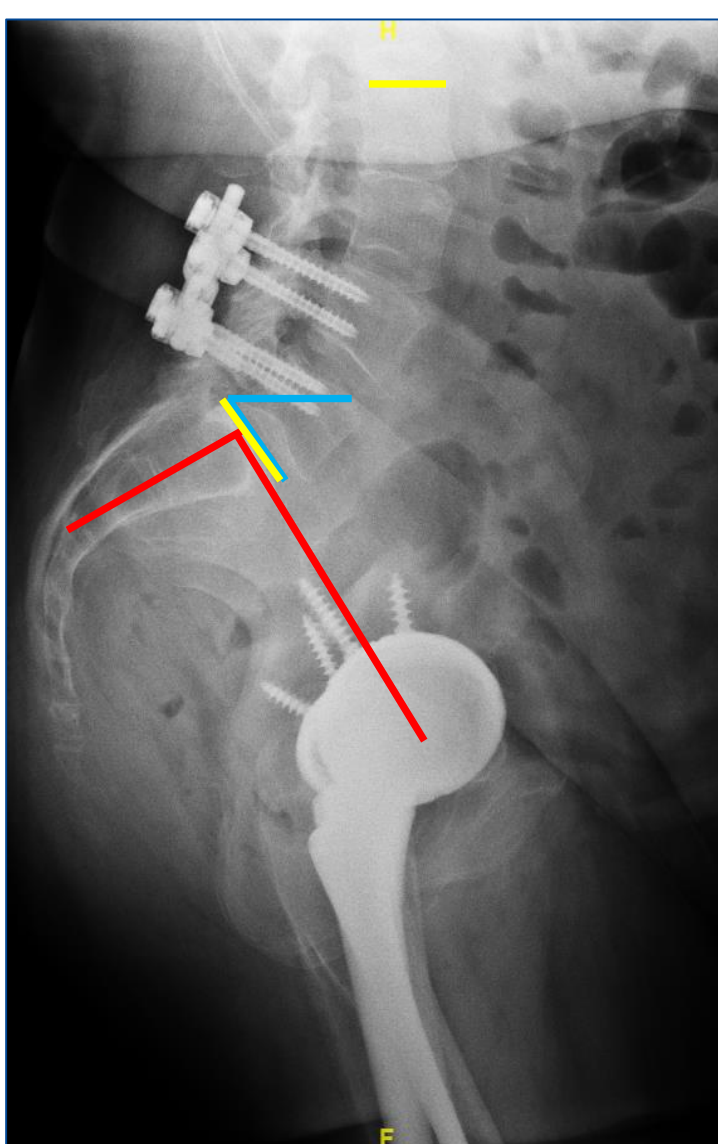


	Bipedestación	Sedestación
Incidencia pélvica		75°
Inclinación sacra	25°	25°
Ángulo pelvicofemoral	145°	142°
Anteclinación acetabular	41°	48°
Lordosis lumbar	46,5°	46,5°
Inclinación pélvica	50°	50°

2B

30° de anteversión en bipedestación.

2: Mujer de 70 años con PTC derecha (2012), artrodesis lumbar (2019) y 8 episodios de luxación en 3 años tras la última cirugía.



	Bipedestación	Sedestación
Incidencia pélvica		87°
Inclinación sacra	55°	33°
Ángulo pelvicofemoral	178°	165°
Anteclinación acetabular	26°	50°
Lordosis lumbar	65°	37°
Inclinación pélvica	32°	54°

2B

25-30° de anteversión de cotilo.

(+ cotilo de doble movilidad)

Tras 2 años de seguimiento, ningún paciente presentó episodios de luxación, siendo el resultado funcional satisfactorio .

Conclusiones

El principal factor de luxación protésica es el mal posicionamiento de los componentes. Sin embargo, se ha demostrado un aumento de la incidencia en pacientes que presentan rigidez lumbar (artrodesis, enfermedades reumatológicas...). En concordancia a la bibliografía, recomendamos el estudio de la movilidad espinopélvica en casos determinados donde es posible aumentar la anteversión acetabular y utilizar implantes de doble movilidad.



CONGRESO
SECOT

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA