

# ALTERNATIVA QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISCONTINUIDAD PÉLVICA PERIPROTÉSICA

Suárez Quintero, A; Hernández Mesa, P; Ruiz-Rico Gómez, J

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Universitario Torrecárdenas. Almería



## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las discontinuidades pélvicas son una complicación severa de la cirugía protésica de cadera. Su tratamiento quirúrgico es controvertido por la variedad de opciones terapéuticas y la dificultad para su realización<sup>1-5</sup>. Nuestro objetivo es valorar la adecuación la indicación y la funcionalidad tras el tratamiento de una paciente intervenida por protrusión pélvica tras implantación de prótesis total primaria de cadera.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 61 con AP de necrosis avascular de la cabeza femoral derecha intervenida de prótesis total primaria de cadera (PTC) en 2013. Acude a consulta por dolor inguinal derecho y dificultad para la marcha de 3 meses de evolución. Tras exploración y pruebas complementarias (**radiografías, analítica con RFA y gammagrafía ósea**) es diagnosticada de **aflojamiento aséptico de componente acetabular con profusión pélvica del mismo**, por lo que se propuso cirugía de revisión.

Intraoperatoriamente se constató ausencia de signos macroscópicos de infección y adecuada fijación del componente femoral. Se procedió a retirada del cotilo y valoración del defecto, clasificado como un **tipo IIC de Paprovsky**. La cobertura se realizó mediante una **mall**a sintética y aloinjerto esponjoso y colocación de **cotilo de revisión no cementado con aleta superior para tornillos e inserto de doble movilidad con 15 grados de constricción**.



Imagen A: Movilización cotilo tras PTC primaria



Imagen B: Control radiológico tras primera revisión



Imagen C: Control radiológico tras segunda revisión



Imagen D: Control radiológico tras cirugía definitiva

Pese a la evolución favorable postoperatoria inicial, con mejoría del dolor inguinal, la paciente reconsulta en urgencias a los dos meses de la cirugía por sensación de inestabilidad en miembro inferior derecho e incapacidad para mantener la bipedestación, asociada a dolor y chasquido a la exploración de la cadera. En la radiografía se observa nueva movilización del cotilo por lo que se procede a ingreso para rescate quirúrgico.

Tras la retirada del cotilo se valora de nuevo el defecto observándose aumento del mismo a un **tipo IIIA de Paprovsky**. Fue necesario un desbridamiento mayor de la zona, la colocación de **aloinjerto esponjoso** (manteniendo la malla) y **el fresado hasta un cotilo de revisión no cementado de mayor tamaño** para que asentara sobre fondo sano. De nuevo se empleó un inserto de doble movilidad con 15 grados de constricción.

## RESULTADOS

Tras la segunda intervención por fracaso del implante no ocurrieron nuevas incidencias postquirúrgicas. La herida cicatrizó correctamente. Inicialmente solo se mantuvo a la paciente en **descarga durante tres meses**, iniciándose posteriormente carga parcial con bastones. Actualmente continúa con rehabilitación asistida. En la revisión a los seis meses de la cirugía se constataron los siguientes resultados:

Abducción	Flexión	Escala Harris modificada <sup>6</sup>	Dolor (EVA)
55	70	58	2

## CONCLUSIÓN

La revisión acetabular por discontinuidad pélvica es una cirugía con **alta tasa de complicaciones cuyo éxito depende de la adecuada evaluación intraoperatoria del defecto y de la selección de la alternativa quirúrgica correspondiente** al mismo<sup>1-5</sup>.

A pesar de las complicaciones, nuestra experiencia con la reconstrucción mediante **mall**a, **aloinjerto y cotilo de revisión no cementado con aleta** ha sido satisfactoria para una paciente con defecto acetabular **tipo IIC o IIIA de Paprovsky**.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ghanem M, Zajonz D, Nuwayhid R, Josten C, Heyde CE, Roth A. Management of pelvic discontinuity in revision arthroplasty : Cementless acetabular cup with iliac stem and cranial strap. Orthopade. 2019 May;48(5):413-419. English. doi: 10.1007/s00132-018-03675-5. Erratum in: Orthopade. 2019 Apr;48(4):350. PMID: 30680468.

2. Kim YH. Acetabular Cup Revision. Hip Pelvis. 2017 Sep;29(3):155-158. doi: 10.5371/hp.2017.29.3.155. Epub 2017 Sep 6. PMID: 28955680; PMCID: PMC5612974. +

3. Babis GC, Nikolaou VS. Pelvic discontinuity: a challenge to overcome. EFORT Open Rev. 2021 Jun 28;6(6):459-471. doi: 10.1302/2058-5241.6.210022. PMID: 34267936; PMCID: PMC8246102.

4. Abdel MP, Trousdale RT, Berry DJ. Pelvic Discontinuity Associated With Total Hip Arthroplasty: Evaluation and Management. J Am Acad Orthop Surg. 2017 May;25(5):330-338. doi: 10.5435/JAAOS-D-15-00260. PMID: 28350548.

5. Hasenauer MD, Paprosky WG, Sheth NP. Treatment options for chronic pelvic discontinuity. J Clin Orthop Trauma. 2018 Jan-Mar;9(1):58-62. doi: 10.1016/j.jcot.2017.09.009. Epub 2017 Sep 18. PMID: 29628686; PMCID: PMC5884043.

6. Lara-Taranchenko Y, Soza D, Pujol O, González-Morgado D, Hernández A, Barro V. Cross-cultural adaptation for the Spanish population of the modified Harris score for functional and symptomatic hip joint assessment. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2022 Mar-Apr;66(2):128-134. English, Spanish. doi: 10.1016/j.recot.2021.08.002. Epub 2021 Nov 18. PMID: 35404790.

