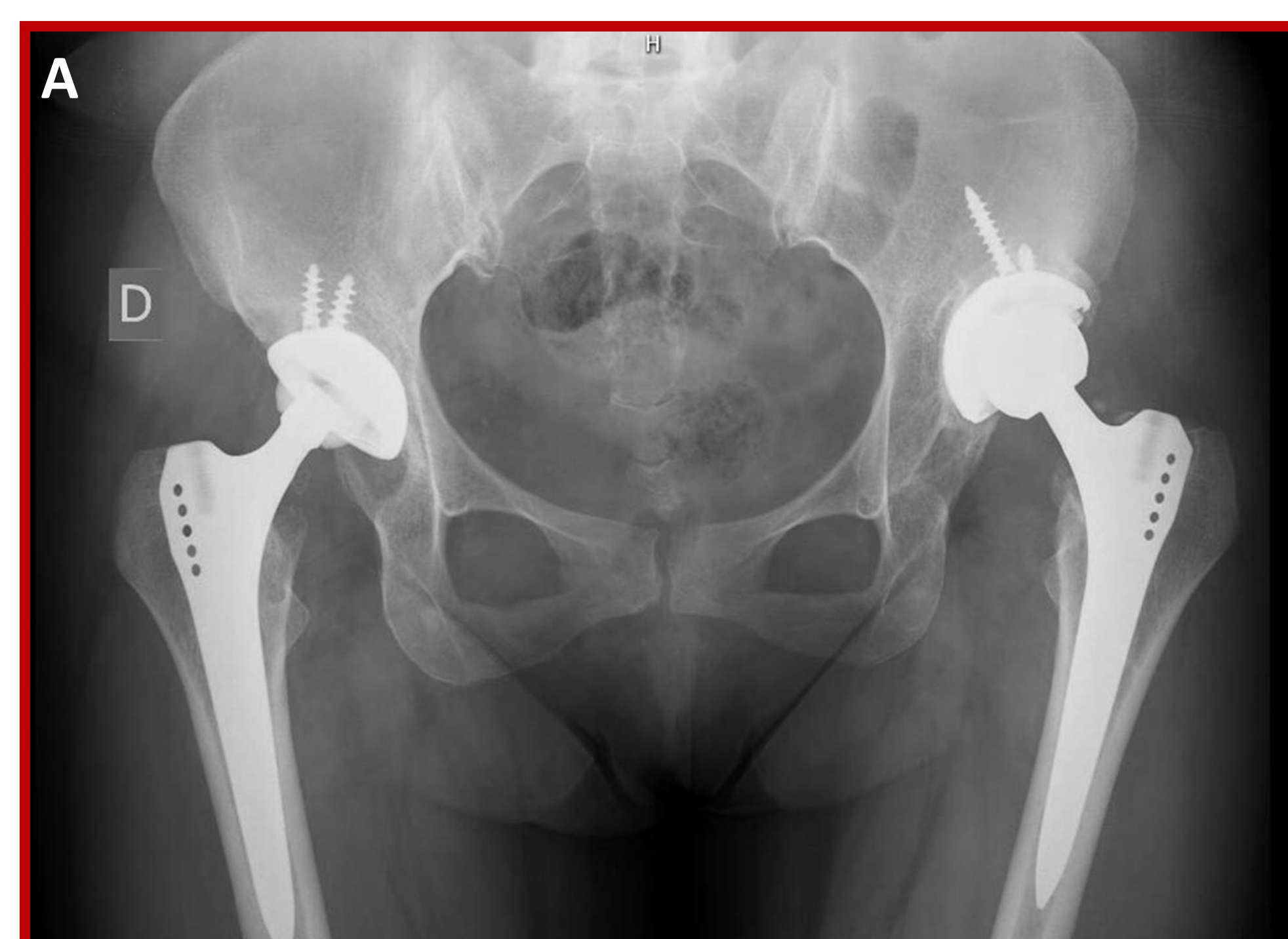
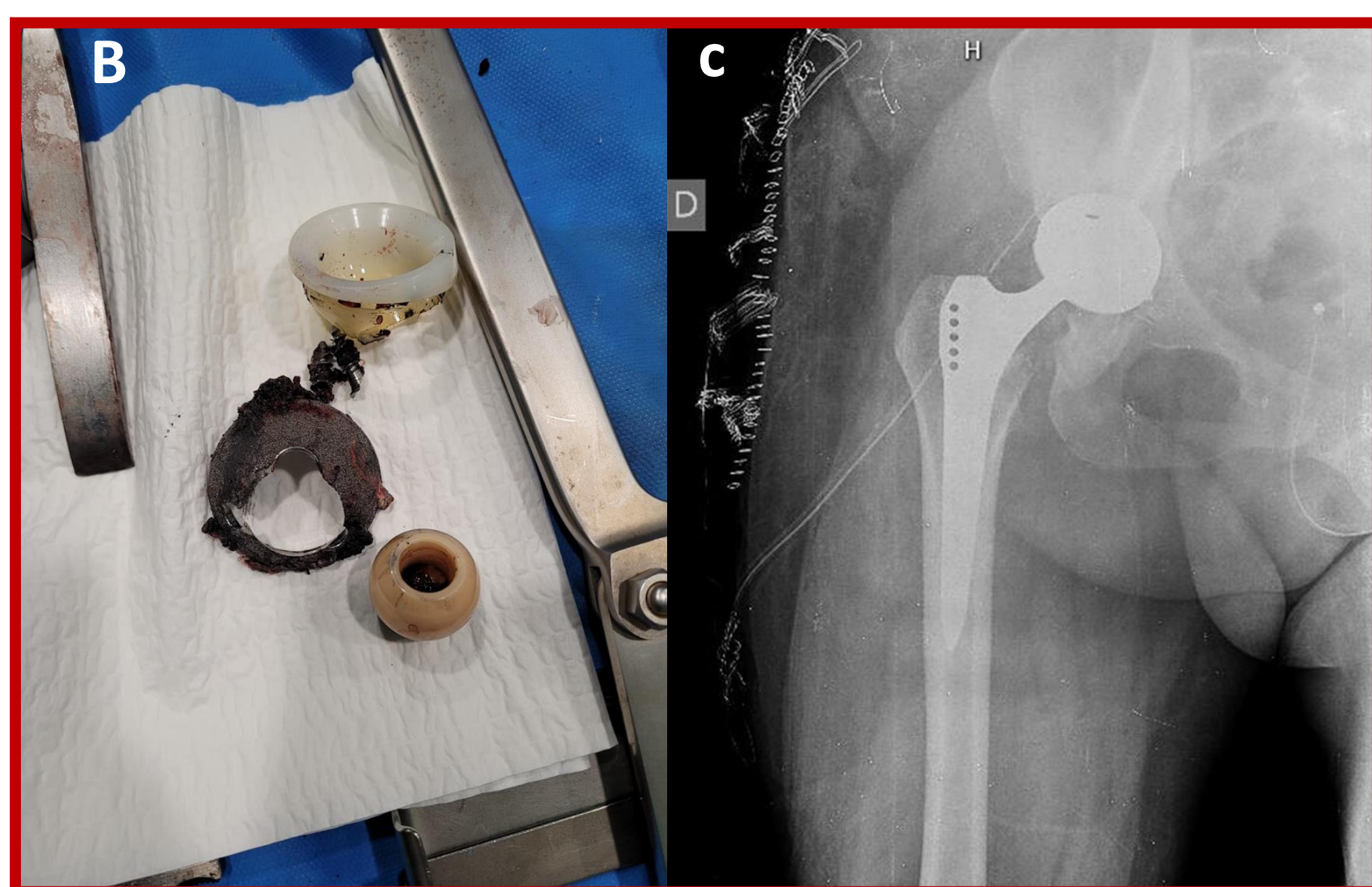


Fractura de ilíaco y aflojamiento de cotilo como complicación de un rescate en artroplastia total sobre cadera displásica. A propósito de un caso.

G.J. GÓMEZ TEMPLADO, F. GONZÁLEZ ESCOLAR, V. SALMERÓN MARTÍN, J. M. ALFARO SERRANO, E. MOLINA HERNÁNDEZ.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER (MURCIA)

Introducción:

La incidencia de la displasia de cadera en la mayoría de las publicaciones se estima entre el 3 y el 5%. Si no se trata en la infancia producirá una serie de cambios a nivel tanto de fémur como del acetábulo que en la mayoría de los casos terminará en el desarrollo de una osteoartritis secundaria precoz. La inmensa mayoría de estos paciente acabará sometiéndose a una artroplastia total de cadera en algún momento. Las complicaciones en este tipo de pacientes son más frecuentes que en la población general con artrosis primarias. Presentamos un caso que muestra algunas de las posibles complicaciones que se pueden dar tras esta cirugía en este perfil de paciente.

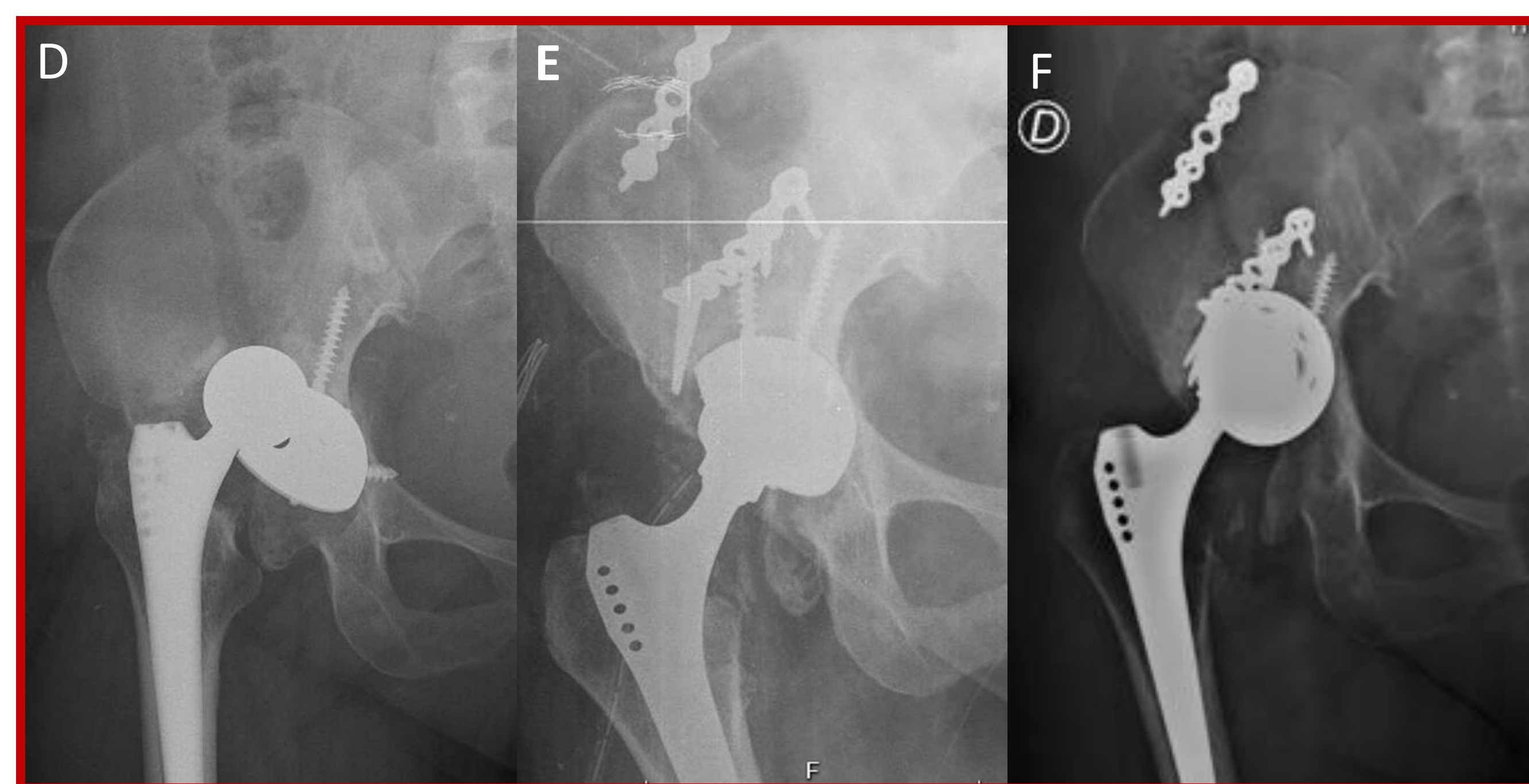


Material y métodos:

Mujer 52 años intervenida de coxartrosis secundaria a displasia de cadera en nuestro hospital mediante artroplastia total de cadera hace 20 años izquierda, 18 años derecha. En 2021 acude a consulta por coxalgia derecha. Radiográficamente se observan signos de desgaste de polietileno derecho indicándose cirugía de rescate. Se realiza recambio del componente acetabular. En la cirugía se halla inesperadamente destrozo del cotilo, pérdida ósea, rotura de tornillos y metalosis.

Quince días después de la cirugía es atendida en urgencias por luxación anterosuperior de prótesis objetivándose en radiografía fractura periprotésica iatrogénica y movilización del cotilo. Se realizó osteosíntesis del ilíaco con 2 placas más reorientación del cotilo.

Nueve meses después, presenta limitación funcional y dolor importante. En controles se observa progresiva verticalización del cotilo con rotura de 1 tornillo y ausencia de consolidación de la fractura de la pala, por lo que se decide nueva cirugía de revisión.



Se realiza TAC preoperatoria, apreciándose consolidación parcial de la fractura. Durante la cirugía, se retira todo el componente acetabular, colocando 2 suplementos de tantalio como fondo y techo acetabular con cotilo de tantalio de revisión con 4 tornillos que solidarizan éste con los suplementos; polietileno cementado.

Resultados:

La paciente ha estado en descarga 2 meses, autorizándose la deambulación a partir de ese momento; al 3º mes, acude a consulta sin dolor y balance articular libre e indoloro.

Radiográficamente, no se observa complicación alguna

Conclusiones:

La tasa de complicaciones después de una artroplastia total de cadera en pacientes con displasia de cadera es significativamente mayor cuando se compara con la artroplastia en pacientes con osteoartritis primaria. Estas complicaciones incluyen desde fracturas, luxaciones, y aflojamiento hasta lesión vasculares o infecciones. Las fractura intraoperatorias se dan entre un 5,2%-26,8% de estos pacientes siendo una complicación frecuente. A día de hoy disponemos una amplia gama de materiales tanto para evitar esta complicación como para tratar de solucionarla si ocurre. Este caso trata de resaltar la importancia de una buena planificación quirúrgica inicia especialmente en caso de displasia y la importancia de una adecuada planificación de los rescates con todas las opciones que a día de hoy disponemos.

Bibliografía:

Jacobsen S, Sonne-Holm S. Hip dysplasia: a significant risk factor for the development of hip osteoarthritis. A cross-sectional survey. *Rheumatology (Oxford)*. 2005;44(2):211–218. doi: 10.1093/rheumatology/keh436.
Pun S. Hip dysplasia in the young adult caused by residual childhood and adolescent-onset dysplasia. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2016;9(4):427-434. doi:10.1007/s12178-016-9369-0
Papachristou GC, Pappa E, Chytas D, Masouros PT, Nikolaou VS. Total Hip Replacement in Developmental Hip Dysplasia: A Narrative Review. *Cureus*. 2021;13(4):e14763. doi:10.7759/cureus.14763



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA