

# DEFECTO ACETABULAR MASIVO EN ARTROPLASTIA DE CADERA: PLANIFICACIÓN Y POSIBLE MANEJO

Guerra Alonso, F., Raya Roldán, D., Pérez Gea, C., De Peña Martínez J.A. y Rueda Parra, M.C.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PONIENTE DE EL EJIDO (ALMERÍA)

## OBJETIVOS:

1. Importancia de estudio etiológico en aflojamientos protésicos.
2. Importancia de planificación preoperatoria al tratarse de intervención de alta complejidad.
3. Relevancia de disponer de diferentes dispositivos terapéuticos durante la intervención quirúrgica.
4. Exponer una opción quirúrgica en defectos acetabulares masivos.

## MATERIAL Y METODOS:

Varón de 76 años con prótesis total de cadera (PTC) derecha, no cementada y colocada en 1996. Buena evolución hasta presentar coxalgia brusca de forma espontánea que le obliga a utilizar silla de ruedas en 2021.

- Analítica: PCR y VSG negativas.
- Rx (FIGURA 1), TC pelvis (FIGURA 2) e impresión 3D: Movilización componente acetabular, rotura de tornillos del cotilo, defecto acetabular que compromete paredes, ambas columnas y ocasiona migración supero-medial del cotilo (**Paprosky 3B**). Calcificaciones peri-acetabulares.

IQ: Abordaje postero-lateral de Moore, extracción de calcificaciones (por posible choque posterior y efecto fulcro), material protésico acetabular y cabeza femoral; manteniendo vástago, que preserva fijación (FIGURA 3). Se toman 5 muestras para estudio por Microbiología. Preparación acetabular y colocación aloinjerto en fondo. Colocamos aumento acetabular superior fijado con 3 tornillos (sistema de revisión acetabular TMARS, metal trabecular, Zimmer) y cotilo de metal trabecular fijado con otros 3 tornillos interdigitados al aumento (FIGURA 4); y pequeña capa de cemento entre aumento y cotilo. Inserto de polietileno. Cabeza cerámica de 32 con sistema Bioball (Merete) para ganar longitud, offset y garantizar mayor estabilidad. (FIGURA 5)

## RESULTADOS:

Cultivos intraoperatorios negativos.

Al año, paciente deambula con ayuda de bastón y mantiene dolor controlado (FIGURA 6).

## CONCLUSIONES:

1. Debemos conocer si el aflojamiento es séptico o aséptico pues nos cambiará en manejo terapéutico. Valorar clínica (fístulas, inflamación local), datos analíticos (PCR, VSG, IL6...), entre otros.
2. Importancia de planificar intervención quirúrgica a través de TC, Rx pelvis, impresión 3D... Recomendamos la **clasificación Paprosky** de defectos acetabulares y planificar qué implantes utilizaremos en la cirugía.
3. Intraoperatoriamente, recomendamos disponer de dispositivos alternativos a los planificados que nos puedan ser útiles.
4. Proponer el sistema caja metal trabecular para defectos acetabulares grandes. También, el uso de metal trabecular y de aloinjerto para suplir defecto presente.



FIGURA 1: Rx pelvis donde se observa movilización de cotilo con rotura de tornillos.

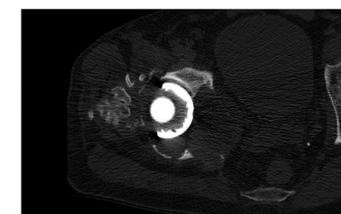


FIGURA 2: TC pelvis en corte coronal y axial, donde observamos defecto acetabular masivo (Paproski 3B).



FIGURA 3: Foto intraoperatoria de la extracción de cotilo y tornillos.



FIGURA 4: Foto intraoperatoria del aumento acetabular superior fijado con 3 tornillos.



FIGURA 5: Foto intraoperatoria donde se observan los implantes definitivos colocados (cotilo, inserto polietileno y cabeza cerámica).



FIGURA 6: Rx de pelvis al año.