

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.

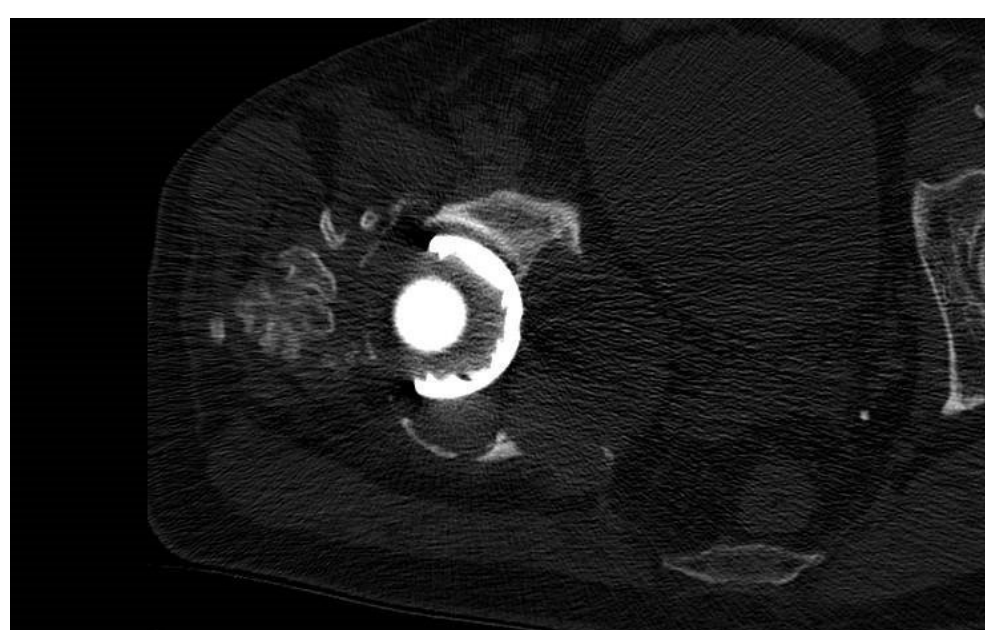


FIGURA 2: TC pelvis en corte coronal y axial, donde observamos defecto acetabular masivo (Paproski 3B).

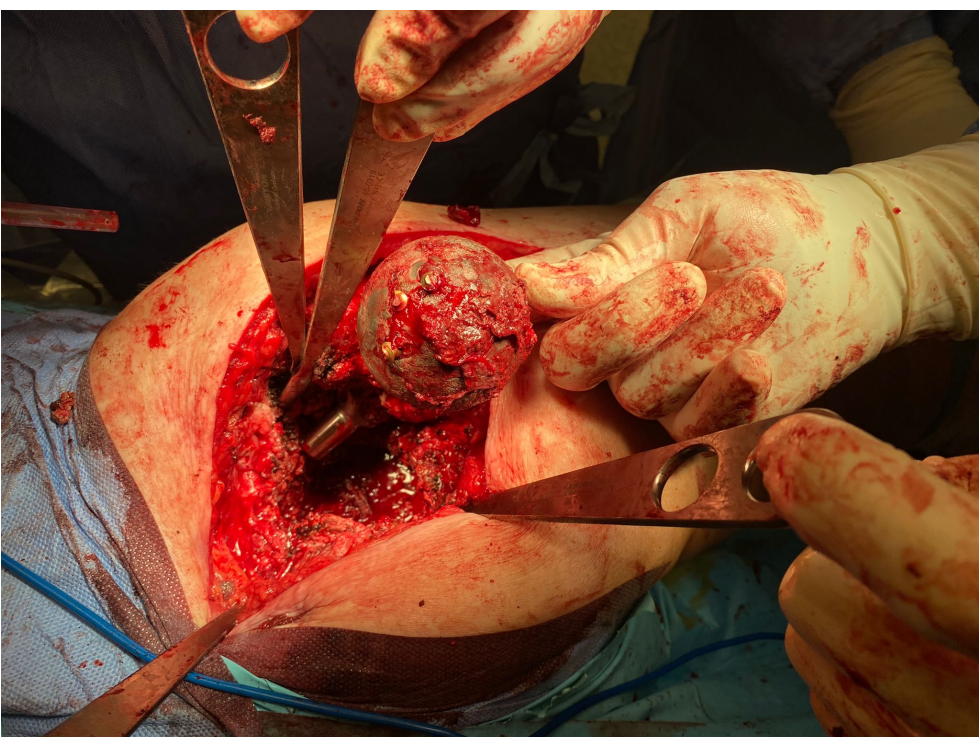


FIGURA 3: Foto intraoperatoria de la extracción de cotilo y tornillos.

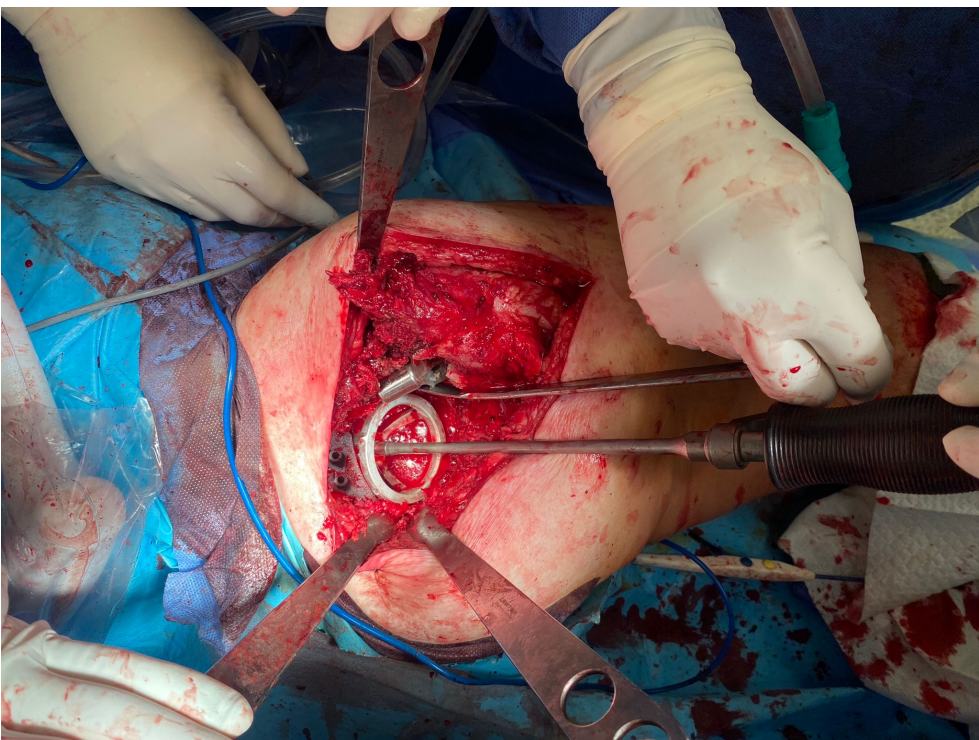


FIGURA 4: Foto intraoperatoria del aumento acetabular superior fijado con 3 tornillos.

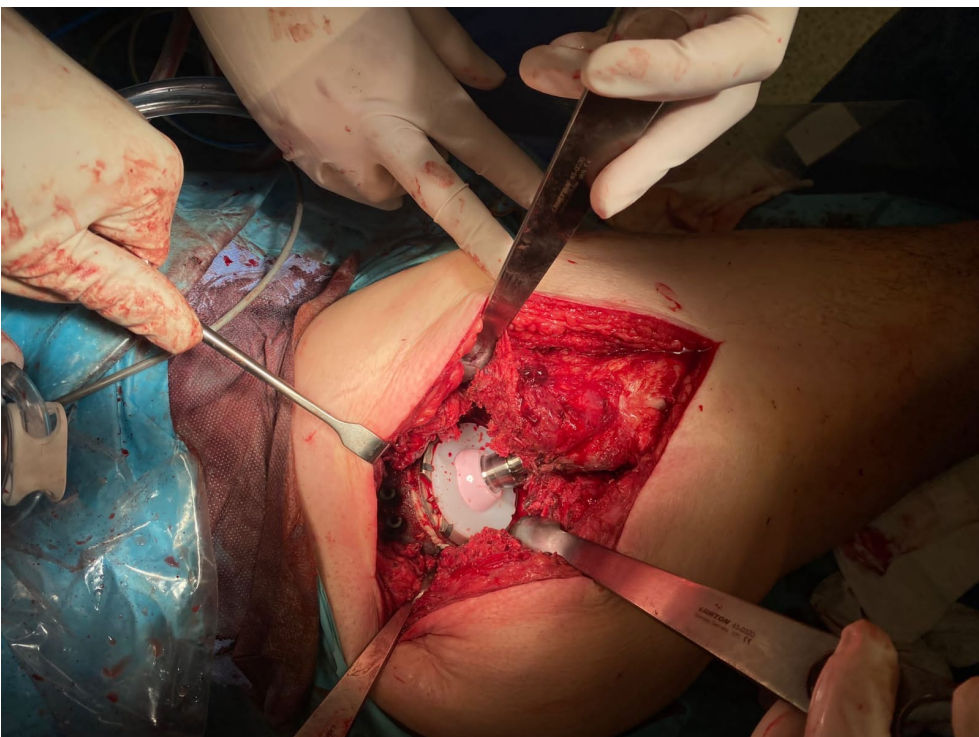


FIGURA 5: Foto intraoperatoria donde se observan los implantes definitivos colocados (cotilo, inserto polietileno y cabeza cerámica).



FIGURA 6: Rx de pelvis al año.