

“Bone-Grafting” como técnica de reconstrucción acetabular no cementada en la artroplastia total de cadera en pacientes displásicos.

Nabil Slaoui Berezak, Jorge Crespo Cánovas, Jesús Llorens Fernández, Belén Ñiguez Sevilla
Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Objetivos

La reconstrucción acetabular con injerto óseo estructural y uso de cotilo no cementado en pacientes displásicos, en los que se ha realizado una artroplastia total de cadera, implica menores tasas de rescate a largo plazo. Presentamos un caso en el que se ha realizado una reconstrucción acetabular no cementada con injerto estructural en una paciente con displasia de cadera.

Material y metodología

Mujer de 43 años que sufre de displasia cadera derecha con tectoplastia desde la niñez. Refiere dolor e impotencia funcional que limitan sus actividades diarias. Se realiza un estudio radiológico con distintas proyecciones y un TAC para la planificación quirúrgica.

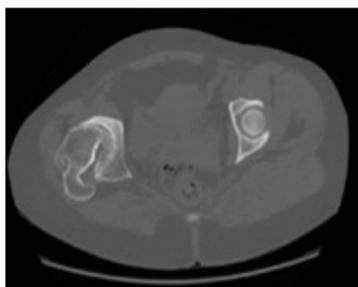


Imagen de TAC: se observa tectoplastia en la cadera derecha con osteofito que limita la rotación externa.

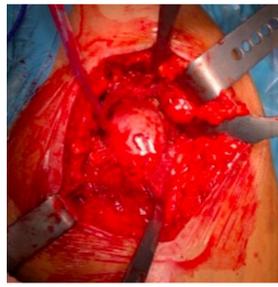


Imagen intraoperatoria: se expone la pared del acetábulo que es vertical y ovalada con osteofitos.



Imagen intraoperatoria: Tallado y preparación de la cabeza femoral



Imagen intraoperatoria: implantamos el nuevo cotilo usando el implante de la cabeza femoral como ceja. Implantamos el cotilo con un buen pressfit y aseguramos con 2 tornillos.



Imagen de Rx posoperatoria: se observa la congruencia de la cabeza femoral con el acetábulo reconstruido.

Resultados

Se realiza un abordaje lateral, a pesar de la debilidad muscular, debido a la existencia de un osteofito anterior que imposibilitaba la rotación externa. Se realiza capsulotomía para poder movilizar el fémur y se expone el acetábulo. Se fresa el acetábulo hasta llegar a la talla 48. Se realiza la osteotomía de la cabeza y se comienza a tallar la misma comprobando in situ como encajaría en el acetábulo. Se realiza una fijación provisional con 2 agujas AK y se asegura el injerto mediante dos tornillos de acero y arandelas (4,5 mm). Se realiza un nuevo fresado con el injerto con la forma del cotilo (44-46-48) y se implanta el cotilo que queda bien fijado con un adecuado pressfit. Se retiran las dos agujas y se remodela el injerto para evitar pinzamientos. Se realiza fresado del canal de fémur, optando por un vástago cementado (35,5-0) para poder dejarlo neutro y se implementa una cabeza de cerámica 36-0. Paciente en descarga durante 4 semanas y posteriormente comienza a apoyar con buena evolución.

Conclusiones

la reconstrucción acetabular con injerto óseo estructural, a pesar de su dificultad técnica, obtiene muy buenos resultados en pacientes con displasia de cadera y menor necesidad de rescate..