

EL AFLOJAMIENTO ASÉPTICO DE LA PRÓTESIS TOTAL DE CADERA COMO CONSECUENCIA DE LA TRUNIONOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sara España Fernández de Valderrama, Luis Lerena Pérez-Aradros, Francisco Javier De Miguel Bielsa, Germán Puyuelo Martínez, Carlos Bejarano Lasunción

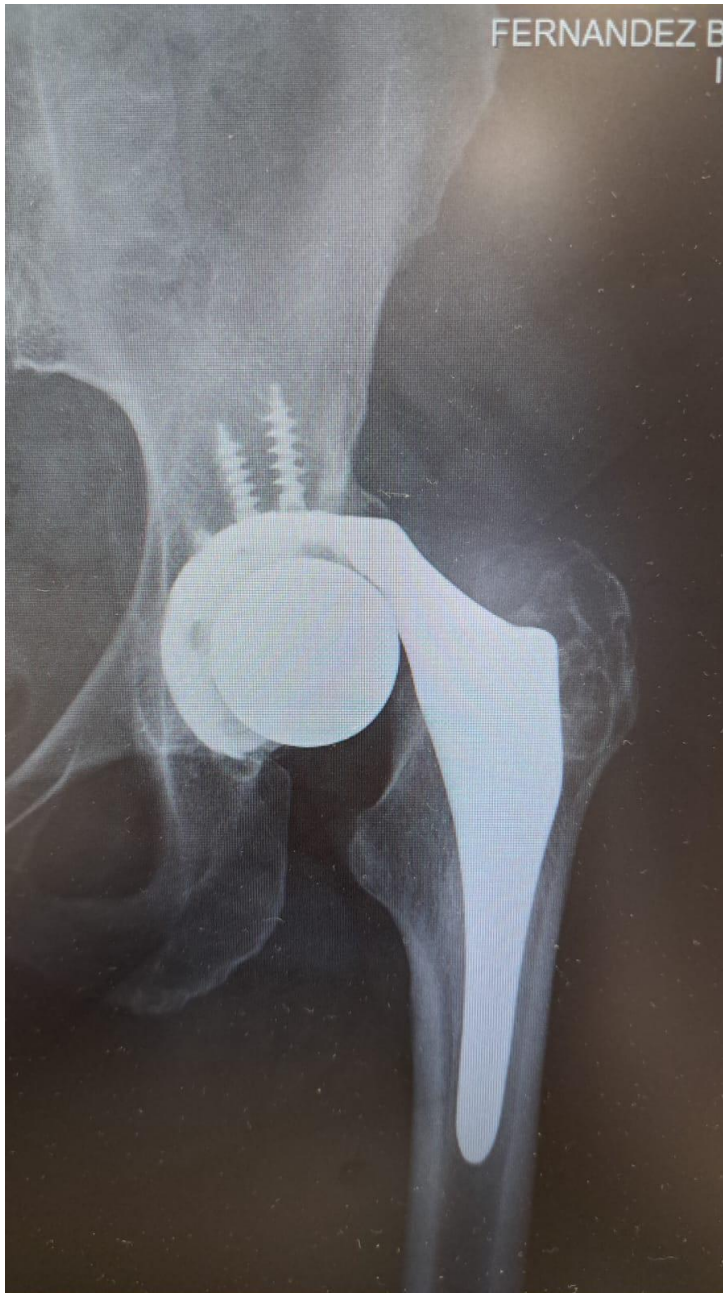
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

OBJETIVO

Descripción de un paciente con **trunionosis** (deterioro de la interfaz cabeza-cuello en prótesis total de cadera (PTC)) y revisión de la bibliografía.

MATERIAL Y MÉTODOS

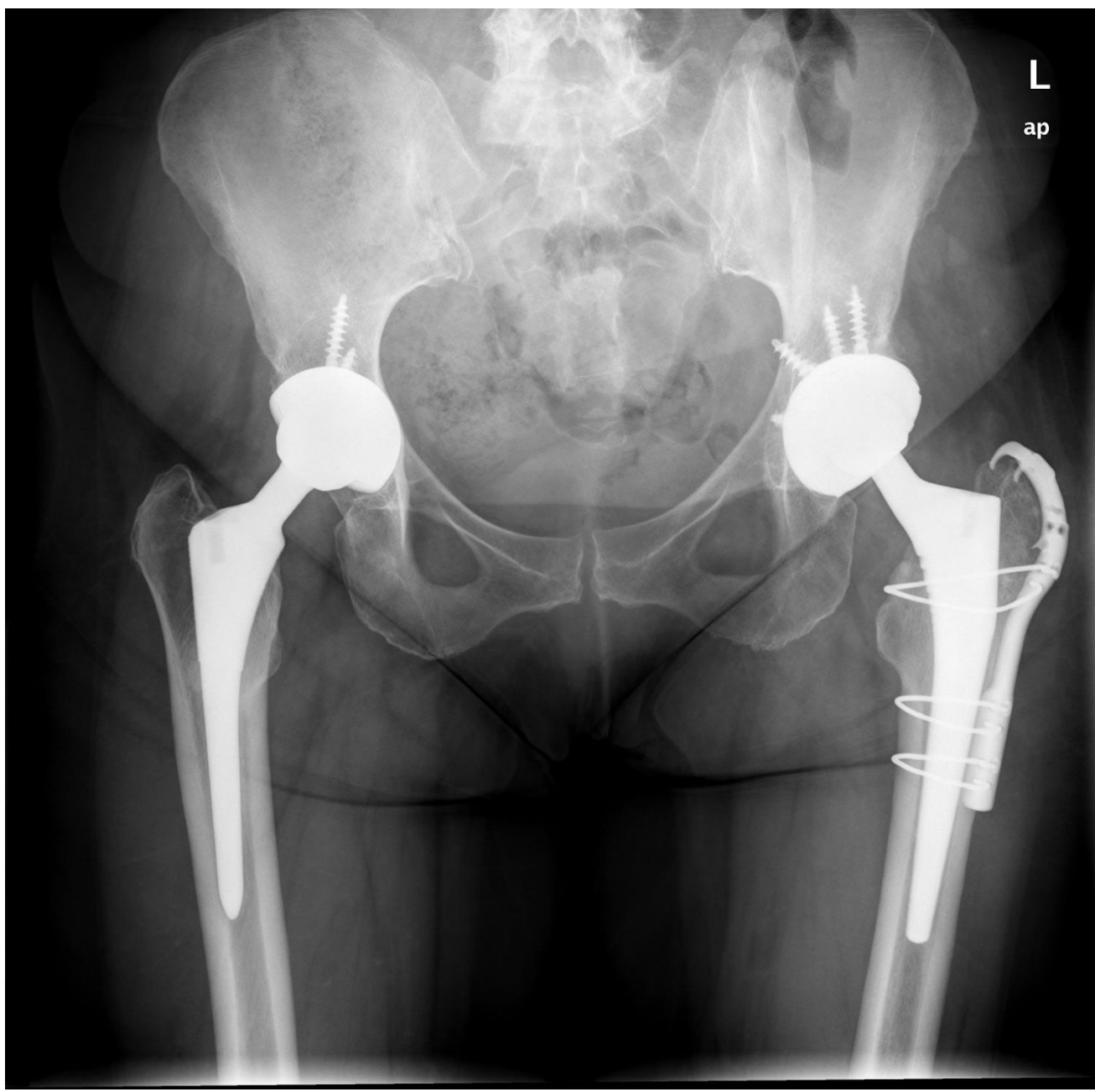
Mujer, 61 años, sin antecedentes, portadora de PTC izquierda desde 2008. En 2009 requirió de cambio de cotilo por luxación protésica recidivante. Ingresa desde Urgencias en 2023 por luxación intraprotésica (Cotilo Trident + Vástago ABG II) con usura franca del cuello protésico con signos de trunionosis. Aportaba niveles séricos elevados de cromo (4,8 µg/L), titanio (72,2 µg/L) y cobalto (14,1 µg/L).



RESULTADOS

La paciente es intervenida realizando recambio total de PTC (recambio a MDM con cabeza bipolar 28 mm y vástago Corail 135º High Offset) tras un desbridamiento agresivo. Intraoperatoriamente, se produce fractura periprotésica consecuencia de una marcada osteolisis, osteotetizándose (Placa Cable Ready 121).

La anatomía patológica informa: **pseudotumor histocitario con partículas de material extraño**. Se deja en descarga durante 6-8 semanas y seguimiento mediante radiografías y análisis clínicos. La analítica a los dos meses tras la cirugía muestra un descenso importante de los niveles de cromo (1,1 µg/L), cobalto (2,3 µg/L) y titanio (34,3 µg/L). Actualmente, la paciente presenta una insuficiencia del glúteo medio izquierdo debido a las múltiples cirugías sometidas como secuela permanente.



CONCLUSIONES

La trunionosis es el **deterioro en la interfaz cabeza-cuello en prótesis totales de cadera**. Suponen el 3% de las revisiones de PTC. Aunque la causa es desconocida, existen diferentes etiologías como el desgaste en la unión modular, corrosión y las partículas de iones metálicos. El paciente presenta **dolor en cadera y debilidad en la abducción** debido a la destrucción del tejido blando de los abductores por reacciones adversas a los residuos metálicos. Esto ocasione una lesión aséptica por asociación de vasculitis con predominio linfocítico. Para su diagnóstico, se sospecha ante un **paciente con clínica y niveles séricos elevados de iones metálicos**, siendo los niveles de **cobalto** más elevados que los de cromo (relación 2:1). Las radiografías pueden ser normales, requiriendo en ocasiones de la RMN. El tratamiento de estas lesiones es la **retirada de componentes femorales, lavado y desbridamiento exhaustivo** seguido del recambio de prótesis.