

¡No aguanto más aquí!

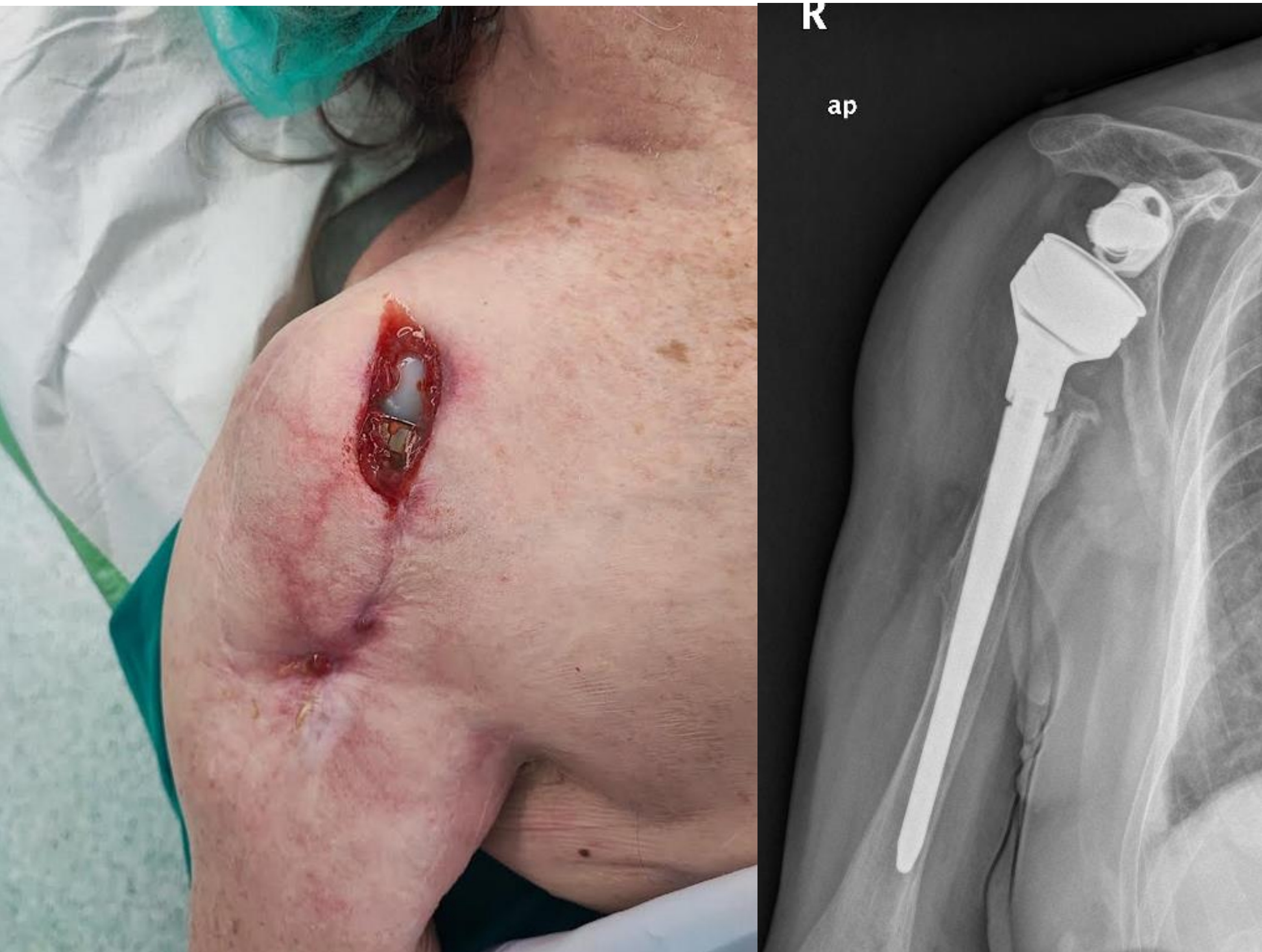
Revisión de prótesis invertida de hombro expuesta.

Autores: Miguel Bielsa, Francisco Javier de¹ ; Carbonel Bueno, Ignacio² ; Ripalda Marín, Jorge²
Lerena Pérez-Aradros ,Luis¹; España Fernández de Valderrama ,Sara¹

- 1. MIR R4 COT Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
- 2. F. E. Adjunto Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza,

INTRODUCCIÓN

La infección periprotésica de hombro es una complicación temible por las consecuencias que conlleva. El tiempo de evolución, la demora en el diagnóstico y en el tratamiento pueden derivar a una compleja situación que dificulte enormemente la actitud terapéutica a seguir, teniendo que hacer mano de diferentes técnicas y recursos.



MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 84 años institucionalizada portadora de prótesis invertida de hombro colocada en otro centro. Llega a nuestro servicio siendo conocedores de una infección profunda cronicada con fistulización de herida quirúrgica en tratamiento mediante supresión antibiótica debido a negativa a nuevas intervenciones quirúrgicas tras fracaso de recambio en 2 tiempos anterior. Se controla durante 4 años la infección con escasa clínica y cuadros autolimitados de manchado a través de fístula. Tras deterioro cognitivo de la paciente y dependencia para ABVD es internada en residencia. Se controla evolución de fístula a nivel proximal de la herida con buena respuesta a curas periódicas. Tras ausencia de seguimiento en un periodo de 1 año por escasa adherencia de la paciente por situación cognitiva (y cuestionables cuidados en centro residencial) acude a consulta con exposición completa de la prótesis siendo visible el componente metafisario y la glenoesfera.

OBJETIVOS

Mostrar la actitud terapéutica ante una infección crónica de prótesis invertida de hombro con defecto de cobertura tras desarrollo de una fístula en la herida quirúrgica y falta de seguimiento posterior.



RESULTADOS

Debido a esta insostenible situación se decide nueva intervención quirúrgica. Se realiza retirada de material protésico y se modela un espaciador a través de espaciador de cemento preformado y reconstrucción metafisaria con PMMA de baja viscosidad. Se rellenan cavidades de glena y canal humeral con perlas de sulfato cálcico. Tras tratamiento antibiótico posterior se consigue buena evolución de la herida quirúrgica con cierre de la fístula y cobertura completa. Debido a escasa demanda funcional de la paciente se mantiene con el espaciador y ausencia de clínica.

CONCLUSIONES

Aunque parezca mentira en nuestro medio, un paciente portador de una prótesis puede derivar a una situación tan alarmante como esta. La escasa adherencia terapéutica y al seguimiento ambulatorio debido al deterioro cognitivo y la falta de apoyo familiar o institucional puede llegar a mostrar evoluciones tan catastróficas como la presentada. Cuando la cirugía se torna la única opción posible, la retirada de la prótesis con colocación de espaciador puede lograr resultados extraordinarios en cuanto a disminución de la clínica en pacientes con baja demanda funcional