

# Prótesis total de cadera en paciente con cavidad medular ancha

## A propósito de un caso.

Maria Larrea Zabalo, HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA.  
Aritz Lizundia Izaguirre, HOSPITAL BIDASOA

### Introducción

La artroplastia primaria en pacientes con canal medular ancho puede resultar un reto y los componentes femorales disponibles pueden no adaptarse si no se planifica preoperatoriamente.

### Caso clínico

Varón, 45 años, con epifisiolisis traumática de cadera izquierda hace 36 años, tratada con 3 tornillos canulados. En la cadera contralateral presentó a los 2 años epifisiolisis traumática, que fue tratado con osteosíntesis mediante sistema clavo placa deslizante.

### Exploración física

Deformidad de rodillas en valgo. Presenta dolor a la flexión y a las rotaciones de la cadera, con limitación funcional.

Flexión de 95°, extensión completa. Rotación Externa 20° y Rotación interna de unos 15°. Perímetro de marcha de aproximadamente 1 Km.

### Pruebas complementarias

#### Radiografía PELVIS AP:

Protrusión articular de tornillos y en resonancia, osteonecrosis, colapso y fragmentación de cabeza femoral.

Disimetría de 2.5 cm y artrosis severa de ambas rodillas y tobillos.



### Tratamiento

#### Técnica quirúrgica

Se interviene quirúrgicamente de artroplastia total, tras extracción de tornillos. Durante el fresado femoral, los componentes LIMA y Alloclassic resultan pequeños, decidiendo cementar el más grande disponible (Alloclassic).



La evolución es satisfactoria hasta que, 14 meses después, inicia coxalgia e inestabilidad y se objetiva 1cm de acortamiento. Radiográficamente se observa hundimiento de la prótesis y el escáner descarta lesiones asociadas.

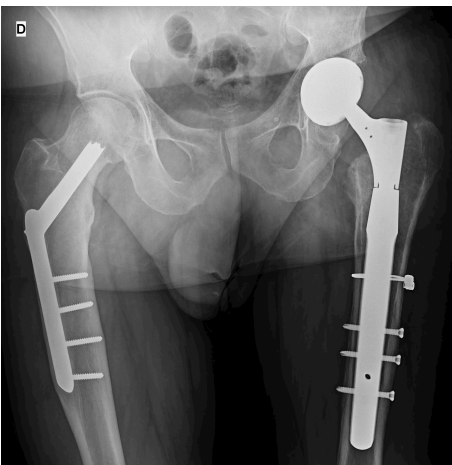


Se realiza una artroplastia de revisión recambiando a un vástago modular no cementado (Revitan).



### Evolución

La evolución postoperatoria es satisfactoria y el paciente ha retomado su actividad diaria.



### Conclusiones

A propósito de un caso, describimos los principios en la implantación del componente femoral y la importancia de la planificación preoperatoria.

Sobre el componente femoral en artroplastia de cadera, muchos autores defienden que el área de contacto entre este y el hueso debe transmitir la carga a la mayor superficie posible ya que así se reproducirán mejor los patrones de carga normales, favoreciendo la fijación a largo plazo.

En este caso, ni la superficie de contacto ni el anclaje del componente femoral resultaban adecuados, por lo que se decidió cementar un vástago de superficie porosa para solventar ambos problemas.

En la bibliografía desaconsejan cementar vástagos no creados para dicho fin, ya que su fresado se ajusta al vástago sin contar con la capa de cemento y durante su implantación la presión excesiva podría aumentar el riesgo de embolia grasa. Además, en vástagos de superficie porosa que requieran artroplastias de revisión, su extracción podría resultar más difícil.

Concluimos que la reintervención podría haberse evitado con planificación radiográfica preoperatoria, que presenta hasta un 82.2% de correlación con los componentes finales implantados.

Enciclopedia Médico Quirúrgica. Técnicas quirúrgicas en Ortopedia y Traumatología. Editorial Elsevier.  
Campbell. Orthopaedics. 13th Edition.  
Kitay A, Wolfe SW. Scapholunate instability: current concepts in diagnosis and management. J Hand Surg. 2012 Oct 31;37(10):2175-96.  
doi:10.1016/j.jhsa.2012.09.035. PubMed PMID: 23021178.  
Brumat P, Pompe B, Antolic V, Mavcic B. The impact of canal flare index on leg length discrepancy after total hip arthroplasty. Arch Orthop Trauma Surg. 2017 Nov 13. PubMed PMID: 29134317.



55 CONGRESO  
secot