

MOVILIZACIÓN DE COTILO EN PRÓTESIS TOTAL DE CADERA IZQUIERDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Marín Villalba Iñaki (DNI 05308599S), García García Guillermo (DNI 71174519F), López Fernández Raúl (DNI 09442307W), Roberto González Alconada (DNI 70872012L), Blanco Blanco Juan Francisco (10190192L)

Objetivos: Presentación de caso clínico

Material y métodos: Mujer de 79 años que presenta dolor en miembro inferior izquierdo progresivo de 2-3 meses de evolución. Antecedente de prótesis total de cadera izquierda hace 20 años. La exploración física revela acortamiento en miembro inferior con limitación a la movilidad. Se realiza radiografía anteroposterior de pelvis donde se evidencia movilización de cotilo con defecto acetabular. Se solicita TAC para planificación quirúrgica que describe lisis de la cortical superoposterior del techo acetabular, confirmando la sospecha de un defecto acetabular tipo Paprosky 2B.

Resultados: La paciente es intervenida quirúrgicamente. Previo test de alfa-defensina negativo, se extrae la cabeza y el cotilo aflojado. Sobre el defecto acetabular se aplica aloinjerto y proteína morfogenética ósea y se coloca un suplemento de tantalio, sobre el que se implanta un nuevo cotilo multiperforado con 5 tornillos junto con un sistema modular de cuello y cabeza femoral sobre vástago previo (no aflojado). En los resultados postquirúrgicos no se encuentran ni disimetría ni inestabilidad acetabular.

Conclusiones: Los defectos acetabulares se desarrollan lentamente con los años permaneciendo asintomáticos. La movilización del cotilo suele coincidir con la aparición de la clínica. Estos defectos son ocasionados en general por resorción ósea secundaria a aflojamiento aséptico acetabular; no obstante, es primordial descartar infección a la hora de planificar el recambio de los componentes protésicos. Paprosky clasificó estos defectos en tres categorías, de forma que a mayor clasificación, mayor complejidad de la lesión y de su abordaje terapéutico, pudiendo utilizar para su resolución alo o autoinjertos óseos, suplementos acetabulares, megacotilos o anillos de refuerzo. Los suplementos acetabulares de tantalio presentan propiedades biomecánicas parecidas al hueso y su configuración porosa trabecular permite una adecuada osteointegración. Abolghasemian revisó este tipo de implantes tras un seguimiento de 5 años y obtuvo unos adecuados resultados clínicos y radiológicos para defectos acetabulares parecidos al que presentamos en este caso.

Conflicto de intereses: Los presentes autores no muestran conflicto de interés.



BIBLIOGRAFÍA:

1. Paprosky WG, Perona PG, Lawrence JM. Acetabular defect classification and surgical reconstruction in revision arthroplasty. A 6-year follow-up evaluation. *J Arthroplasty*. 1994 Feb;9(1):33-44. doi: 10.1016/0883-5403(94)90135-x. PMID: 8163974.
2. Paprosky WG, O'Rourke M, Sporer SM. The treatment of acetabular bone defects with an associated pelvic discontinuity. *Clin Orthop Relat Res*. 2005 Dec;441:216-20. doi: 10.1097/01.blo.0000194311.20901.f9. PMID: 16331006.
3. Garín ZDE, Oseguera OA, Acosta EO. Manejo de los defectos acetabulares en la artroplastia total de cadera de revisión. *Ortho-tips*. 2019;15(4):198-205. doi:10.35366/94045.
4. Driesman AS, Jennings JM, Yang CC, Dennis DA. Offset Considerations in Total Hip Arthroplasty. *J Am Acad Orthop Surg*. 2024 Oct 15;32(20):921-928. doi: 10.5435/JAAOS-D-23-00931. Epub 2024 Jun 28. PMID: 39365163.
5. Garala K, Remtulla MA, Verma R, Lawrence T. Cemented acetabular components combined with trabecular metal augments provide excellent long-term survivorship for severe acetabular bone loss. *Hip Int*. 2023 Sep;33(5):833-838. doi: 10.1177/11207000221102848. Epub 2022 Jun 5. PMID: 35658637.
6. Abolghasemian M, Tangsataporn S, Sternheim A, Backstein D, Safir O, Gross AE. Combined trabecular metal acetabular shell and augment for acetabular revision with substantial bone loss: a mid-term review. *Bone Joint J*. 2013 Feb;95-B(2):166-72. doi: 10.1302/0301-620X.95B2.30608. PMID: 23365023.