

# RECAMBIO DE UNA PRÓTESIS PARCIAL DE CADERA CON OSTEOTOMÍA TROCANTÉRICA AMPLIADA.

Paula Roig Zurita, Juan Moreno Blanco, Oscar Serrano Alonso, Alberto Plasencia Hurtado de Mendoza, Mónica Sánchez Santiuste

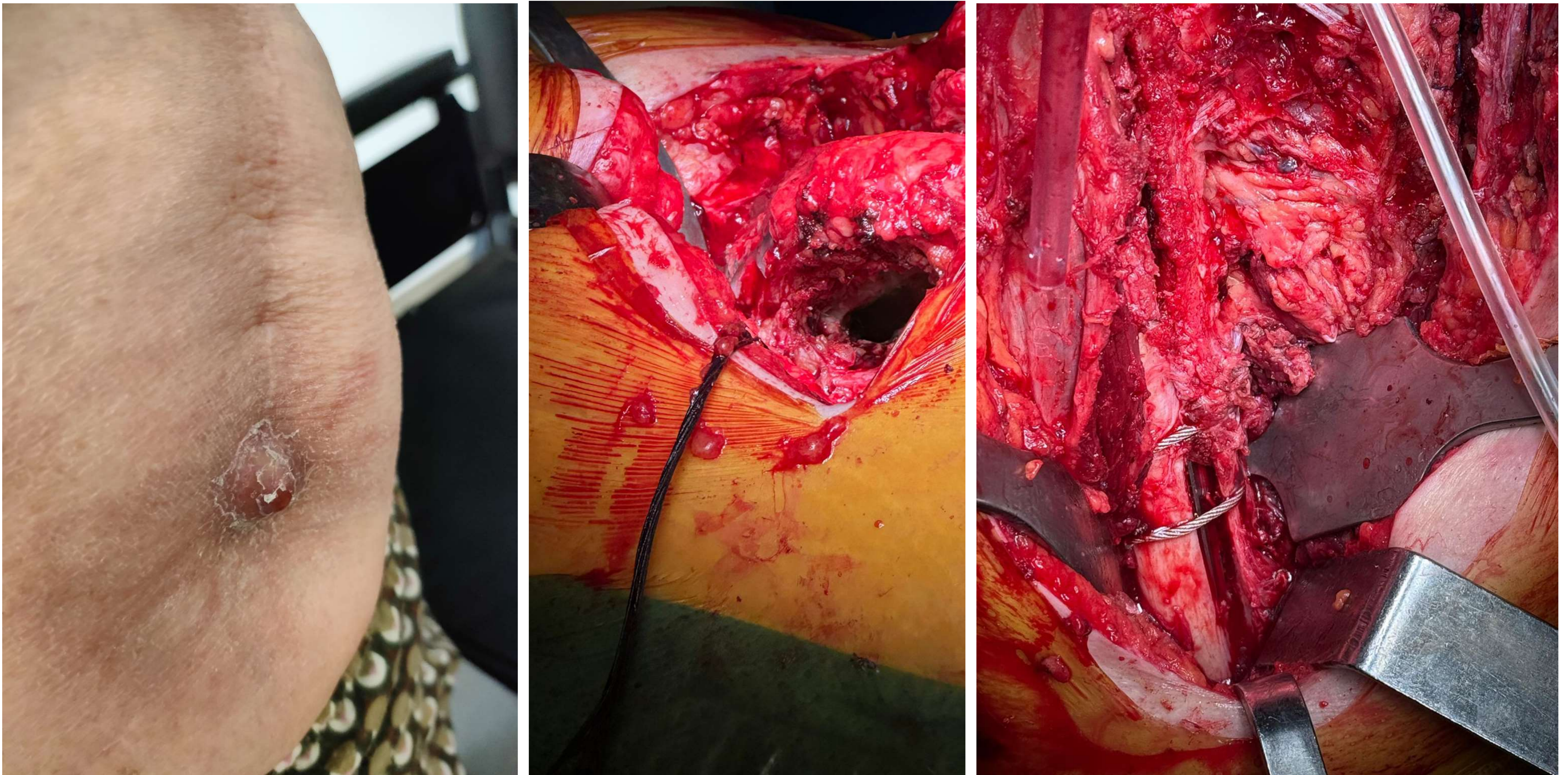
SaludMadrid Hospital Universitario Príncipe de Asturias

## OBJETIVOS

Entre las causas más comunes de fracaso de una prótesis se encuentran el aflojamiento aséptico, infecciones, fracturas periprotésicas, inestabilidad y metalosis. El recambio de una prótesis total o parcial de cadera es un procedimiento demandante, complicado con frecuencia por la falta de "stock" óseo que es agravado por la necesidad de retirar los implantes.

## MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 78 años intervenida de prótesis parcial de cadera izquierda hace dos años que se interviene mediante recambio en un tiempo por infección protésica crónica. Se encuentran esfacelos hasta la articulación y el cemento fijo, además de un defecto en el contenido superior en cotilo.



Se extrae el vástago y se realiza osteotomía trocantérica ampliada para extracción del cemento, con defecto cortical posterior distal de 2 centímetros. Se realiza fresado acetabular hasta 50 milímetros, se coloca cotilo no cementado de revisión fijado con 2 tornillos e inserto de doble movilidad. Se fresa el canal medular hasta 14 milímetros. Se realizan 2 cerclajes distales para proteger el fémur distal. Implantación de vástago femoral de 14 x 240 milímetros y cabeza de 28 milímetros. Cierre y cerclaje de la osteotomía con dos cerclajes. Reducción y comprobación de estabilidad. Control de escopia satisfactorio.

## RESULTADOS

A los dos meses de la intervención, persiste una dehiscencia en tercio proximal de herida quirúrgica que no impresiona de afectación profunda. El manchado hemático ha disminuido respecto a curas previas y ausencia de datos analíticos sugestivos de infección aguda. En la radiografía de control se observa hundimiento leve de vástago femoral, sin afectación de los cerclajes, osteotomía o cotilo. La paciente tiene buena movilidad cadera, no presenta dolor en muslo ni trocánter mayor, realiza carga parcial controlada desde el control postoperatorio a las 6 semanas.

## CONCLUSIÓN

La retirada de cemento adherido correctamente al hueso puede conllevar pérdida ósea, defectos corticales y fracturas. En ocasiones es necesario una osteotomía trocantérica ampliada para eliminar este cemento y asegurar la inserción correcta de los componentes de revisión. Esto obliga a utilizar vástagos largos de fijación diafisaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Holt G, Hook S, Hubble M. Revision total hip arthroplasty: the femoral side using cemented implants. Int Orthop [Internet]. 2011;35(2):267–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00264-010-1167-5>
2. Freitag T, Reichel H. Aktuelle Indikationen zum aseptischen Hüft-TEP-Wechsel. Orthopädie (Heidelb) [Internet]. 2022;51(8):609–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00132-022-04272-3>