

# HISTORIA DE UNA LUXACIÓN PROTÉSICA DE CADERA. ¿CUÁNDO PARAR?

San Pedro Murillo A., Oliva Torcal J., Falcón Goicoechea J., Calvo Tapies JR., Torres Campos A.  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).

## OBJETIVOS

La inestabilidad es una de las principales complicaciones de la artroplastia total de cadera, con una incidencia del 0,2-10% en prótesis primarias y hasta el 28% tras cirugías de revisión. Además, representa la segunda causa de revisión tras el aflojamiento aséptico. Las luxaciones recidivantes suponen un reto terapéutico, especialmente en pacientes con múltiples factores de riesgo, comorbilidades y una baja adherencia al tratamiento.

## MATERIAL Y METODOS

Mujer de 81 años con obesidad, alcoholismo crónico y síndrome depresivo, portadora de PTC bilateral, que presenta desde 2019 luxaciones protésicas en ambas caderas.

## RESULTADOS

En la cadera derecha, tras la cuarta luxación, se implantó un cotilo de doble movilidad y tras la décima, un cotilo constreñido. Posteriormente, sufrió una fractura periprotésica Vancouver B2, tratada con vástago largo y cerclajes (figuras 1 y 2), tras la cual sufrió un nuevo episodio de luxación irreductible debido a una disociación de la cabeza bipolar, por lo que se decidió recambiar el cotilo por un nuevo cotilo constreñido (figuras 3 y 4).

La PTC izquierda ha sufrido 7 luxaciones, rechazando en todas las ocasiones someterse a una cirugía de revisión.

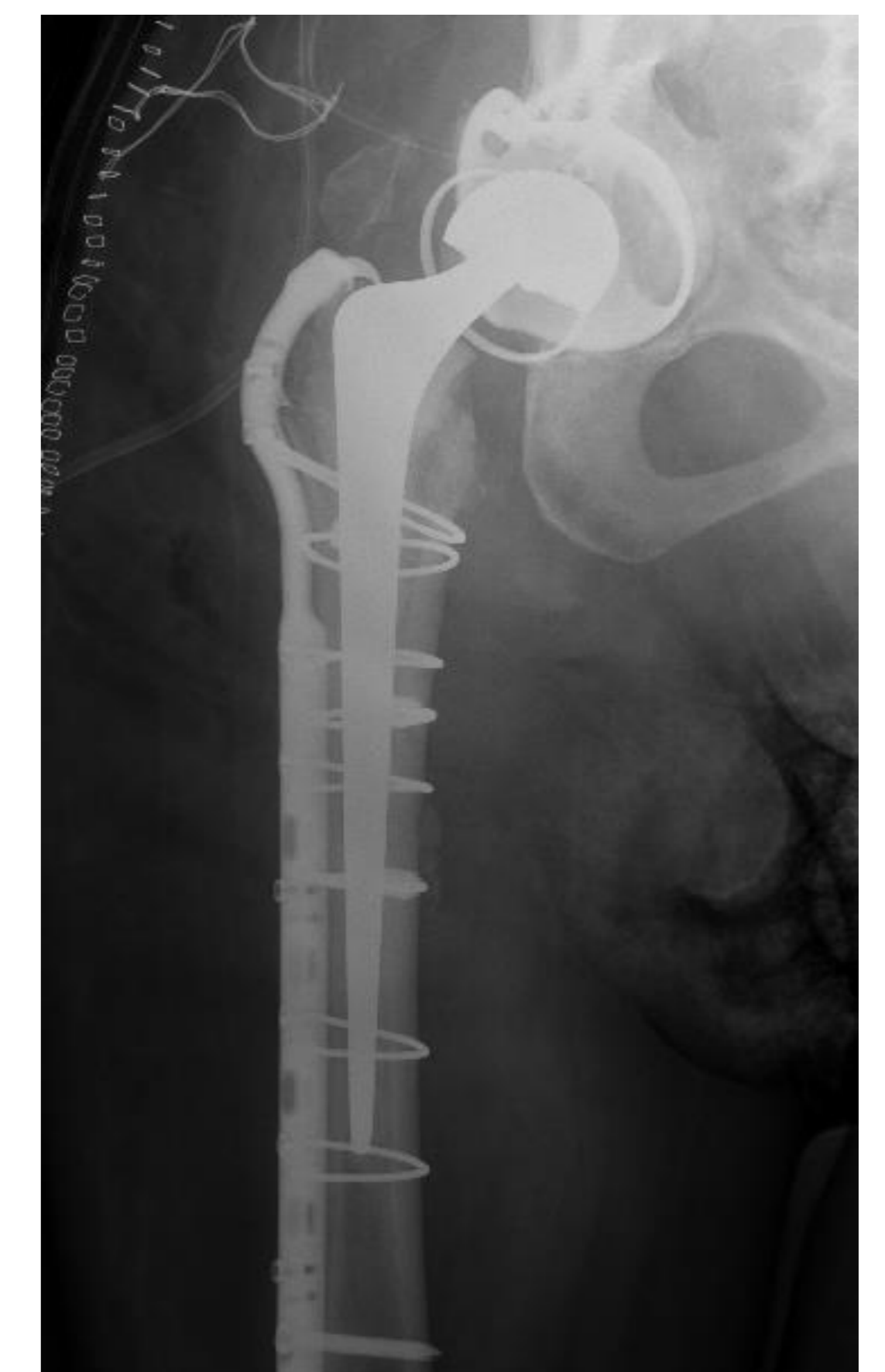
La falta de adherencia al tratamiento y su elevado riesgo de fracaso terapéutico han dificultado la toma de decisiones, considerando una resección de Girdlestone o la abstención terapéutica en futuros episodios. Desde la última cirugía de recambio de cotilo derecho, la paciente no ha vuelto a urgencias.

## CONCLUSIONES

La luxación protésica de cadera es un problema complejo y multietiológico. Las luxaciones tempranas suelen deberse a cicatrización inadecuada, mientras que las tardías al desgaste o aflojamiento. Ante luxaciones recurrentes, está indicada la cirugía de revisión de los componentes, la corrección de déficits de tejidos blandos o mecánicos, y el uso de cotilos de doble movilidad. Los cotilos constreñidos se reservan para casos refractarios por alto índice de fallo mecánico y, como última opción, la conversión a prótesis parciales o la resección tipo Girdlestone.



Figuras 1 y 2: Fractura periprotésica Vancouver B2 sobre prótesis total de cadera derecha con cotilo constreñido, tratada mediante osteosíntesis con placa y cerclajes y recambio a vástago largo.



Figuras 3 y 4: Luxación irreductible debido a disociación del componente bipolar del cotilo constreñido tratada mediante recambio a nuevo cotilo constreñido.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ullmark G. The unstable total hip arthroplasty. EFORT Open Rev. 2017 Mar 13;1(4):83-88.
2. Higuera Rueda CA, Ferguson DF, Scholl L, Klika AK. Influence of Acetabular Shell Position and Component Design on Hip Dynamic Dislocation. J Arthroplasty. 2019 Apr;34(4):766-771.
3. Pincus D, Jenkinson R, Paterson M, Leroux T, Ravi B. Association Between Surgical Approach and Major Surgical Complications in Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty. JAMA. 2020 Mar 17;323(11):1070-1076.
4. Guo L, Yang Y, An B, Yang Y, Shi L, Han X, Gao S. Risk factors for dislocation after revision total hip arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. Int J Surg. 2017 Feb;38:123-129.