

Open Acces



LUXACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

Bernat de Pablo Márquez¹, David Pedrazas López², David García Font²

Adreça per a correspondència:

¹Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Valldoreix, Sant Cugat del Vallés, Mútua de Terrassa.

²Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Abrera, Institut Català de la Salut.

Dirección para correspondencia:

Bernat de Pablo Márquez

Correo electrónico:

bernatdepablo@gmail.com

RESUMEN

La artroplastia de cadera es una intervención muy segura, con lo que se consigue aliviar el dolor y restaurar la función de la articulación. Sin embargo, como toda intervención quirúrgica puede tener complicaciones. Después del aflojamiento aséptico, la luxación es la complicación más frecuente. Su diagnóstico puede hacerse en el medio extrahospitalario. Presentamos una revisión de la epidemiología, diagnóstico y manejo de esta patología

Luxació de pròtesi total de maluc.

L'artroplàstia de maluc és una intervenció molt segura, amb la que s'alleuja el dolor i es restaura la funció de l'articulació. No obstant això, com qualsevol intervenció quirúrgica poden haver-hi complicacions. Després de l'afluixament asèptic, la luxació és la complicació més freqüent. El seu diagnòstic es pot fer en el medi extrahospitalari. Presentem una revisió de l'epidemiologia, diagnòstic i maneig d'aquesta patologia.

Dislocation after total hip arthroplasty.

Total hip arthroplasty is an extremely successful operation, relieving pain and restoring function. However, every operative intervention has potential complications. After aseptic loosening of the hip component, dislocation is the most common and problematic complication. The diagnosis can be carried out in the primary care setting. A review about its epidemiology, diagnosis and management of this condition is presented.

INTRODUCCIÓN

En los hospitales públicos de nuestro país se realizan anualmente cerca de 30.000 intervenciones de prótesis total de cadera¹. La luxación es la segunda complicación más frecuente en las prótesis totales de cadera después del aflojamiento aséptico². La incidencia de la luxación de prótesis total de cadera en procedimientos primarios es del 2,4-3,9% y llega hasta el 28% en cirugías de revisión. En la mayoría de los casos (50-75%), la luxación se da en los primeros 6 meses tras la cirugía. Las luxaciones tempranas suelen responder favorablemente al tratamiento no quirúrgico y tienen menor índice de recurrencia que las luxaciones tardías (>6 meses)³. En la **Tabla 1** se exponen los factores de riesgo para la luxación de prótesis total de cadera^{2,4}.

Tabla 1. Factores de riesgo de luxación de prótesis total de cadera.

Dependientes del paciente	
Sexo	Más frecuente en mujeres.
Edad	El riesgo aumenta en mayores de 80 años.
Indicación de cirugía	El riesgo es mayor si la indicación de la prótesis es por fractura que si es por coxartrosis.
Patología de base	Deterioro cognitivo, alteraciones neurológicas.
Cirugía previa	Cirugías previas en la cadera aumentan el riesgo de luxación.
Dependientes de la cirugía	
Vía de abordaje	La incidencia es menor en el abordaje anterolateral con respecto al abordaje posterior.
Tensión de partes blandas	A mayor tensión, aumenta el riesgo
Características del material protésico	Tamaño y forma del cótilo, tamaño del vástago y cuello, presencia de ceja o no. Existe mayor riesgo si se utiliza vástago no cementado, con cótilo hemisférico y sin ceja.
Experiencia del cirujano	Se ha demostrado aumento de riesgo en de luxación en cirugías realizadas por profesionales que realizan menos de 30 procedimientos/año.

El diagnóstico de la luxación es clínico y radiológico. La clínica suele iniciarse tras una flexión o rotación interna excesiva (habitual al levantarse de la silla). El paciente suele referir un chasquido audible, dolor, deformidad y impotencia funcional inmediata. A la exploración física se suele evidenciar acortamiento, flexión y rotación interna de la extremidad (luxación posterior, la más habitual) o rotación externa y extensión de la extremidad (luxación anterior). Siempre se debe explorar la posible lesión de estructuras vasculares y/o nerviosas como posible complicación de la luxación³. Generalmente se requiere de una radiografía anteroposterior de pelvis para visualizar la luxación (**Figura 1**).

Figura 1. Radiografía anteroposterior de cadera donde se puede apreciar una luxación de prótesis total de cadera derecha.



La primera opción de tratamiento ante un primer episodio es el conservador mediante reducción cerrada, que es efectivo en el 60-80% de casos². La reducción cerrada se realiza bajo sedación, ya que la tensión muscular y el dolor generalmente impiden una reducción adecuada. El método de reducción más habitualmente utilizado para las luxaciones posteriores es la tracción longitudinal con la cadera en ligera flexión. Para la luxación anterior se debe realizar la maniobra inversa³.

Si la luxación es recidivante, la reducción cerrada solo es efectiva entre un 5-28%, indicándose entonces la reducción abierta. Igualmente, se debe considerar la opción quirúrgica en caso de interposición de tejidos blandos (siendo el músculo psoas la estructura más frecuentemente interpuesta)

o complicaciones en la prótesis. La mayoría de los autores consideran la realización de tratamiento quirúrgico con revisión de la prótesis o recambio de la misma a partir del segundo episodio, o incluso del tercero⁴. Se recomienda realizar prevención en el posoperatorio de prótesis de cadera mediante instrucción adecuada respecto a cómo movilizarse desde la silla, la cama, el acceso a automóviles o cómo ponerse medias o calzado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Eficacia y seguridad de la prótesis de cadera de superficie frente a la artroplastia convencional: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid; 2012.
2. Carreño P, Martín M. Luxación de prótesis de cadera. FMC. 2014;21:436-7.
3. Dabaghi A, Saleme J, Ochoa L. Evaluación y tratamiento de la luxación protésica de cadera. Act Ortop Mexic. 2014;28:137-44.
4. Meek RMD, Allan DB, McPhillips G, Kerr L, Howie CR. Late dislocation after total hip arthroplasty. Clin Med Res. 2008;6:17-23.

Como citar el artículo: De Pablo Márquez B, Pedrazas López D, García Font D. Luxación de prótesis total de cadera. But At Prim Cat 2017;35:64.