

Reconversión con prótesis híbrida izquierda y recambio con prótesis de fijación biológica derecha en paciente con secuelas de necrosis aséptica bilateral de cadera con cuatro cirugías previas

Dr. M. VICTOR FRANCONI*

O.G., paciente de 39 años, sexo masculino, que consulta por dolor, claudicación y rigidez en cadera izquierda, y dolor y claudicación en cadera derecha (2/89). Deambula con muletas.

Antecedentes: Paciente con antecedentes de ingesta de alcohol y corticoides. En 1982 se le efectuó una osteotomía de su cadera izquierda (femoral). En 1983 (agosto) se le efectuó un reemplazo total de cadera derecha (prótesis de Charnley por vía posterior sin osteotomía del trocánter). Evoluciona con mejoría del dolor en ambas caderas pero no queda satisfecho. La cadera derecha progresivamente sufre un deterioro de su función con dolor y claudicación evolutiva, por lo que en diciembre de 1988 se le efectúa un recambio protésico por aflojamiento (prótesis de Charnley por vía posterior). No es buena la evolución y en febrero de 1989 nos consulta por primera vez por dolor y claudicación en ambas caderas a predominio izquierdo. El diagnóstico etiológico que motivó la osteotomía femoral izquierda y el reemplazo derecho con el posterior recambio fue: necrosis aséptica bilateral de cadera.

La radiografía a la consulta (2/89 - Fig. 1) muestra en cadera derecha prótesis de Charnley sin osteotomía de trocánter con acentuados signos de aflojamiento, destacándose el tallo femoral que orada la cortical femoral izquierda. La cadera izquierda muestra osteotomía intertrocantérica

consolidada con ligera traslación. Cabeza femoral con severas lesiones de necrosis y signos de artrosis secundaria coxofemorales.

Los estudios de protocolo para infección son negativos. Se decide operar (11/90) primero la cadera con más sintomatología dolorosa e incapacitante, que es la izquierda, efectuándose una conversión de su osteotomía en reemplazo total híbrido, mediante el uso de un cotilo AML de Engh y tallo femoral AML para cementar (cabeza 28 mm), utilizando cemento con gentamicina. Se efectuó osteotomía transtrocantérica y posterior sutura alámbrica de la misma.

Muy buena evolución, por lo que a los siete meses el paciente solicita una reintervención de su cadera derecha por el acentuado dolor e incapacidad (Fig. 2). En junio de 1991 se efectúa el segundo recambio protésico (tercera prótesis) en la cadera derecha. Previa osteotomía transtrocantérica, extracción del componente femoral totalmente flojo y del cemento óseo; extracción del componente acetabular, que estaba también flojo, y el correspondiente cemento; se implanta una prótesis total de cadera AML de fijación biológica: cotilo AML con punzones y tallo femoral AML de revisión, de fijación biológica, que permite penetrar más distalmente en el fémur y baipasear la cortical femoral externa lesionada por el tallo femoral anterior. Sutura trocantérica. Se difiere el apoyo postoperatorio.

Muy buena evolución. Controlado el paciente a casi dos años de la prótesis híbrida izquierda y del recambio con prótesis de fijación biológica derecha de un año y cuatro meses de evolución,

* División de Ortopedia y Traumatología, Hospital "Dr. Teodoro Alvarez", Aranguren 2701, (1406) Buenos Aires.

el paciente no presenta dolor en ninguna de sus dos caderas, camina sin descarga, trabaja en actividades livianas, concurre desde su residencia del sur del país por medios de transporte terrestres

sin dificultad. Dicho paciente es presentado personalmente en esta sesión científica, observando su correcta marcha, movilidad de caderas y función.



Figura 1



Figura 2



Figura 3. *Cadera derecha*: prótesis total de fijación biológica AML. Cotilo con punzones, tallo femoral AML de revisión, osteotomía de trocánter consolidada, correcta fijación protésica y signos de fijación biológica. *Cadera izquierda*: prótesis híbrida con cotilo de fijación biológica AML con punzones y un tornillo, tallo femoral AML cementado con cabeza modular de 28 mm. Osteotomía de trocánter consolidada. No se observan demarcaciones en acetábulo ni en fémur. Esta radiografía, a dos años de la conversión de una osteotomía izquierda en prótesis híbrida y a un año y cuatro meses de un recambio protésico con prótesis de fijación biológica derecha, se correlaciona con la muy buena evolución clínica del paciente.