

Tratamiento quirúrgico de la coxartrosis

J. Girard, O. May, N. Krantz, H. Migaud

El tratamiento quirúrgico de la coxartrosis suele confundirse con la artroplastia total de cadera, cuyos progresos y fiabilidad han favorecido su desarrollo, relegando la cirugía conservadora a un segundo plano. Las mejores indicaciones de la cirugía conservadora son la corrección de un defecto estructural cuando éste es significativo y/o en caso de artrosis moderada, sobre todo en pacientes menores de 40 años. La subclasificación de nuevas afecciones degenerativas de la cadera y una comprensión mejor de la fisiopatología han permitido el auge de nuevos procedimientos conservadores, cuyas indicaciones deben conocerse. Las indicaciones de la artroscopia se han ampliado a la corrección de los defectos morfológicos intraarticulares y puede usarse en los estadios precoces de artrosis. Entre las artroplastias, el proceso de revestimiento permite preservar el tejido óseo, lo que es muy útil en los pacientes jóvenes. Los progresos en cuanto a la fijación y al par de fricción de las artroplastias han hecho que estas técnicas sigan ocupando la primera posición en cuanto a frecuencia, debido a una mayor longevidad, a una recuperación más rápida asociada a la reducción de las vías de acceso y a los protocolos de rehabilitación específicos.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Coxartrosis; Displasia; Protrusión; Conflicto femoroacetabular; Artroscopia

Plan

■ Introducción	1
■ Cirugía conservadora	2
Diferentes intervenciones «correctoras»	2
Diferentes situaciones	6
■ Artroplastias convencionales	8
Pares de fricción	8
Modos de fijación	10
Doble movilidad, grandes diámetros y luxaciones de la prótesis de cadera	10
■ Revestimiento	11
Principios	11
Resultados	12
■ Papel de la artroscopia	12
■ Conclusión	12

■ Introducción

La cirugía de la coxartrosis suele confundirse con la sustitución protésica de la cadera, debido a la rapidez y la fiabilidad de los resultados de las prótesis totales de cadera [1], como lo indica su elevada frecuencia (en Francia, por ejemplo, se realizan alrededor de 140.000 artroplastias anuales) y la mayor demanda de la opinión pública, favorecida por la difusión de datos en

Internet cuyo control no siempre es óptimo. La cirugía no protésica «paliativa» de la coxartrosis, es decir, sin corrección de una anomalía estructural previa (osteotomías femorales proximales, como la intervención de Mac Murray, o las resecciones óseas, por ejemplo), ha desaparecido casi por completo, debido a la escasa fiabilidad y al período de recuperación poco compatible con el modo de vida actual [2-4]. Por otra parte, estas intervenciones «paliativas» dificultaban la implantación posterior de una prótesis, debido a la deformación que provocaban, lo que justifica aún más su abandono definitivo [5]. En cambio, la cirugía conservadora «correctora» dirigida a normalizar un defecto estructural de la cadera y, por tanto, a ralentizar la evolución de la artrosis, conserva indicaciones que deben conocerse con precisión [1, 6-12]. Además de que su realización técnica es difícil en ocasiones, el éxito de la cirugía conservadora «correctora» reside en la elección de la indicación, siempre que estos procedimientos no comprometan una reintervención para realizar la artroplastia. Las intervenciones conservadoras «correctoras» siguen estando justificadas en la cirugía de la coxartrosis, porque las artroplastias, incluso las más modernas, no están exentas del desgaste, ni de complicaciones, cuya frecuencia es muy baja, por fortuna. Por ello, la prótesis total de cadera se ha convertido en el patrón oro de la cirugía de la coxartrosis, gracias a que la recuperación es más rápida y a su fiabilidad relacionada con las mejoras técnicas continuas. Sin embargo, no hay que olvidar que se trata de una intervención irreversible: siempre

puede reintervenirse una osteotomía para colocar una prótesis primaria, mientras que la resección de la cabeza y el cuello femorales necesaria para la implantación protésica no tiene vuelta atrás. Por otra parte, las prótesis totales están expuestas a complicaciones, que por fortuna son excepcionales, pero que pueden obligar a reintervenciones complejas, en ocasiones con una «escalada» del tamaño de los implantes de revisión. Entre la cirugía conservadora «correctora» y la prótesis total de cadera convencional han aparecido las «prótesis cortas», con el fin de respetar la reserva ósea. El primer puesto de éstas lo ocupan las prótesis de revestimiento, que permiten respetar la reserva ósea y cuyas indicaciones ideales comienzan a estar mejor delimitadas [13]. La artroscopia de cadera, que ha experimentado una gran expansión desde hace 10 años, puede contribuir al tratamiento de anomalías que den lugar a una coxartrosis y merece ser utilizada [14, 15]. La coxartrosis «primaria» cada vez es menos frecuente, gracias a la subclasificación de los cuadros o a un nuevo enfoque de las afecciones causantes de coxartrosis y cuyo tratamiento específico se ha desarrollado de forma paralela. Los objetivos de este artículo consisten en:

- proporcionar los datos recientes sobre la subclasificación de las afecciones coxales causantes de artrosis;
- precisar las indicaciones de la cirugía conservadora «correctora»;
- describir los elementos recientes y validados sobre las artroplastias totales en términos de medio de fijación, par de fricción, vía de acceso y rehabilitación;
- proporcionar las indicaciones y resultados de las prótesis de revestimiento;
- indicar cuál es el campo de aplicación de la artroscopia.

■ Cirugía conservadora

Como ya se ha indicado en la introducción, este artículo se centrará en las intervenciones «correctoras» dirigidas a normalizar una anomalía morfológica. Las intervenciones «paliativas» o «sintomáticas» sólo se describirán brevemente [16]. Estas intervenciones «sintomáticas» se basaban en las teorías biomecánicas y carecían de una fiabilidad que permitiese recomendar un uso habitual, incluso aunque existen casos esporádicos que indicaban unos buenos resultados a largo plazo [4, 17]. Por ejemplo, la intervención de Mac Murray, indicada en caso de coxartrosis esclerogeódica, se ha abandonado de forma progresiva porque dificultaba la implantación posterior de un pivote femoral debido a la translación metafisaria, que obligaba a revertir la osteotomía o que exponía a una falsa vía [4, 5].

Asimismo, las intervenciones de resección de osteofitos [8, 18] se han abandonado de forma progresiva, porque obligaban a un acceso quirúrgico amplio y no proporcionaban resultados fiables a corto plazo. Sin embargo, estas últimas se han actualizado para el tratamiento del conflicto femoroacetabular (cf infra) y cada vez es más frecuente realizarlas por un acceso reducido [19] o por vía artroscópica [3, 14, 15]. En estos casos, permiten una recuperación rápida y no dificultan la colocación de una posible prótesis con posterioridad.

En este artículo se ofrece información sobre las intervenciones conservadoras, es decir, sin implantación protésica, con corrección de un vicio estructural de la cadera para evitar o retrasar la aparición de una artrosis subsiguiente. Al corregir el defecto estructural, estas intervenciones que se realizan de forma reglada facilitan en principio la colocación de una posible prótesis [5, 20, 21]. Sin embargo, en todas estas intervenciones debe tenerse en cuenta que el período de recuperación es más prolongado que para una artroplastia, debido a que

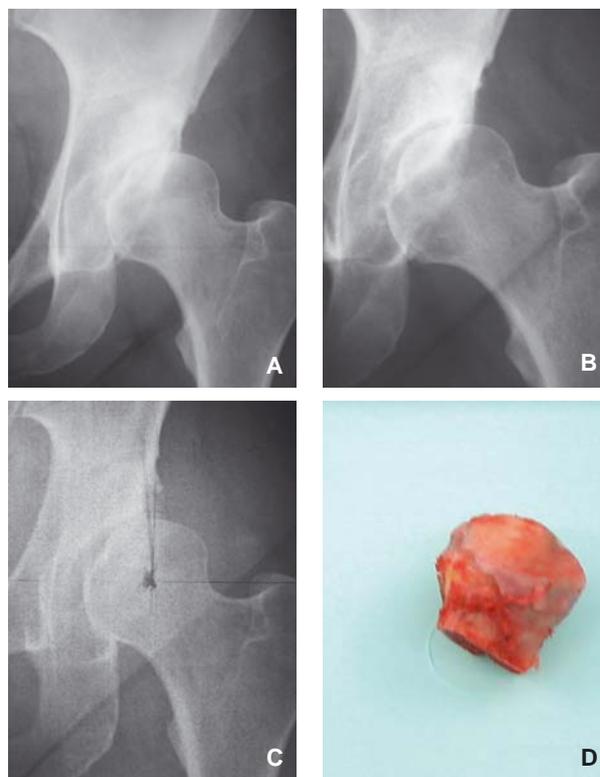


Figura 1.

A. Artrosis sobre displasia. A este paciente de 45 años se le ha propuesto un plazo de 4 meses.

B. La radiografía de recetrado no permitía una reaparición de la interlínea.

C, D. En este período, el pinzamiento se agravó (C) y el aspecto de la cabeza femoral durante la implantación de la prótesis 6 meses después confirmó que esta actitud era correcta (D).

requieren una fase de descarga postoperatoria, y que el resultado es incierto en ocasiones, por lo que es necesario que la técnica quirúrgica sea perfecta y la indicación rigurosa. Por ello, a veces es prudente realizar un tratamiento sintomático durante varios meses para evaluar la evolución de la artrosis en caso de indicación límite de una cirugía conservadora (edad alrededor de 50 años, artrosis precoz que no se explica por un defecto estructural moderado, artrosis avanzada incluso en presencia de una anomalía estructural grave). Si en este período corto de observación la artrosis evoluciona con rapidez (Fig. 1), es prudente inclinarse por una prótesis, salvo si el defecto estructural es grave y el paciente es menor de 40 años. Este período de reflexión de varios meses permite reforzar la indicación en los casos límite, pero es inútil si el vicio estructural es grave y si el paciente es joven (menor de 40 años), sobre todo en caso de artrosis moderada, en cuyo caso la indicación se puede plantear antes. En cambio, la cirugía preventiva de la artrosis (si el paciente está asintomático) no está justificada incluso cuando existe una anomalía morfológica grave de la cadera. En estas circunstancias, es mejor dejar también varios meses de observación para evaluar la aparición de síntomas relacionados con el vicio estructural.

Diferentes intervenciones «correctoras»

La cirugía conservadora «correctora» supone una evaluación global del defecto morfológico de la cadera, tanto de los defectos epifisiometafisarios como de las



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3349378>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3349378>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)