



Artroplastia total de cadera por vía anterior y anterolateral

P. Piriou, V. Lestrat

Las vías de acceso anteriores y anterolaterales, derivadas de las vías de Hueter y de Watson-Jones, con el uso de los espacios intermusculares, permiten la realización de artroplastias totales de cadera con el mínimo traumatismo quirúrgico posible. Se trata de vías concebidas para ser mínimamente invasivas desde el punto de vista estructural. Desde ese punto de vista fueron pioneras. La vía de acceso de Hueter-vaina pasa por dentro respecto al tensor de la fascia lata, mientras que la vía de Röttinger lo hace por detrás de dicho músculo. Ambas pueden realizarse de tres formas distintas: en decúbito supino sobre una mesa ortopédica que permita la extensión de la cadera o bien sobre una mesa convencional en decúbito supino o en decúbito lateral. Son vías exigentes y requieren una curva de aprendizaje difícil, que suele llevarse a cabo mediante la supervisión quirúrgica de los jóvenes cirujanos en formación. Cuando se realizan, la etapa quirúrgica más crítica es la exposición femoral. No se debe pecar ni por exceso (lo que haría que se perdiese el carácter mínimamente invasivo), ni por defecto (lo que expondría al cirujano a complicaciones femorales. El uso de la mesa ortopédica por parte de los autores es la mejor garantía de lograr una exposición femoral segura, cómoda y mínimamente invasiva en realidad, a la vez que se respeta el entorno musculotendinoso de la cadera. En manos expertas, estas dos vías de acceso permiten una recuperación funcional muy rápida y una tasa de luxación protésica postoperatoria cercana a cero en la cirugía primaria.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Prótesis total de cadera; Vía de acceso mínimamente invasiva; Acceso anterior; Acceso anterolateral; Artrosis de cadera

Plan

■ Introducción	1
■ Vía de acceso anterior de Hueter-vaina	2
Ventajas	2
Inconvenientes	2
Colocación	2
Incisión	2
Acceso intermuscular	3
Sección del cuello	3
Exposición del cotilo	4
Exposición femoral	4
Reducción, cierre y postoperatorio	4
Posibilidades de ampliación	4
■ Vía de acceso de Watson-Jones y modificación de Röttinger	5
Acceso de Watson-Jones original	5
Vía de Röttinger	6
■ Conclusión	8

■ Introducción

La artroplastia total de cadera es una intervención frecuente en la actualidad y son muchos los cirujanos que la realizan. La colocación de una prótesis total de cadera requiere dominar previamente al menos una de las vías de acceso.

Aunque las vías denominadas posteriores (derivadas de la vía de Moore) son las más utilizadas en la actualidad, existe en todo el mundo un entusiasmo por las vías anteriores, que son las únicas que respetan por completo el entorno muscular y óseo de la cadera.

Estas vías de acceso anteriores son las que pasan por dentro del músculo tensor de la fascia lata o bien por detrás de él. Las vías anteriores descritas inicialmente por Watson-Jones y Hueter con fines diferentes a la colocación de una prótesis han sido modificadas posteriormente por otros autores. Permiten simultáneamente respetar el capital muscular y reducir el riesgo de luxación protésica posterior.

El respeto del entorno muscular tiene como consecuencia funcional inmediata para el paciente una recuperación más rápida en el postoperatorio inmediato [1].

■ Vía de acceso anterior de Hueter-vaina

Esta vía fue descrita para la realización de las artroplastias de cadera a partir de 1947 por R. Judet y J. Judet para la colocación de su prótesis «Acryl». En la actualidad, después de muchas evoluciones, es la más antigua de las vías de acceso mínimamente invasivas que permiten colocar una prótesis de cadera.

Deriva de la vía de Smith-Petersen y difiere de la vía de Hueter porque se pasa por la vaina del músculo tensor de la fascia lata [2].

Esta vía de acceso puede realizarse sobre una mesa de operaciones ortopédica de tipo Judet [3]. Lowell también se ha descrito sobre una mesa convencional [4].

En la descripción clásica, el paciente se coloca en decúbito supino, pero la intervención también se puede realizar con el paciente en decúbito lateral [5].

Ventajas

La vía anterior permite una exposición cotiloidea muy fácil, ya que la cadera es una articulación cuya posición es más anterior que posterior en un plano horizontal. En este estadio, el uso de una mesa ortopédica o la colocación sobre una mesa convencional son equivalentes. La visión cotiloidea permite la colocación de los implantes con un control de la posición de la pelvis por la palpación de las espinas ilíacas anterosuperiores y del pubis. El cirujano, cuando la cirugía se realiza en decúbito supino, dispone de un acceso permanente a la posición de la pelvis a través de los paños, por lo que implanta el cotilo no en función de referencias tomadas en el quirófano, sino en función de referencias óseas propias del paciente.

El control de la anteversión se realiza por la medición de la rotación a nivel de la rodilla, determinada por la palpación de los epicóndilos y de la rótula.

La ausencia de sección o de desinserción muscular permite una recuperación funcional precoz, una disminución del dolor postoperatorio, así como una tasa de luxación precoz menor del 1% [6].

En las reintervenciones quirúrgicas, la vía anterior está perfectamente indicada en las sustituciones unipolares cotiloideas. Los cirujanos experimentados pueden ampliarla a las indicaciones de las reintervenciones bipolares cuando no existe un defecto óseo femoral grave, con un vástago aflojado y centrado en la diáfisis [7]. El acceso a la cara externa del ilíaco, si es necesario, se realiza con facilidad por desinserción parcial de los músculos glúteos hasta el tubérculo óseo del glúteo medio (que después se reinsertarán en la cresta ilíaca con puntos transóseos).

También está perfectamente indicada en las fracturas del cuello femoral con gran desplazamiento que requieran la colocación de una prótesis [8]. Esto permite al paciente, que suele ser anciano, beneficiarse de una recuperación rápida de la posibilidad de caminar.

Inconvenientes

Los autores dan prioridad al uso de una mesa ortopédica que permite una extensión de la cadera mayor de 30-40° por razones de exposición femoral que se explican más adelante. La adquisición de una mesa ortopédica de Judet puede considerarse una dificultad más pero, en la opinión de los autores de este artículo, aporta una gran comodidad de utilización y de seguridad.



Figura 1. Diferencia de orientación entre los mangos de escariadores específicos de la vía anterior y posterior.



Figura 2. Mesa de Judet que permite la extensión de la cadera al colocar el pie en el suelo.

No es necesario disponer de un ancilar dedicado específico, salvo escariadores femorales adecuados, que tienen una angulación anterior de unos 30° y que evitan cualquier conflicto con el ala ilíaca del paciente (Fig. 1).

El único inconveniente teórico de la vía anterior es la dificultad del acceso femoral. La exposición femoral por la vía anterior de Hueter-vaina no es fácil, pero no debería ser necesaria en el contexto de una prótesis de cadera primaria. Sin embargo, cuando es necesario realizar una extensión femoral (imprevista), obliga a seccionar la inserción distal del tensor de la fascia lata prolongando la incisión hacia abajo y pasando por detrás del músculo tensor de la fascia lata.

Colocación

El paciente se coloca en decúbito supino sobre una mesa ortopédica de tipo Judet (Fig. 2) y los pies se mantienen con unas botas.

Se coloca un contraapoyo sobre la pelvis, a nivel de la espina ilíaca anterosuperior.

Es obligatorio controlar la horizontalidad de la pelvis y la nutación pélvica, identificando las dos espinas ilíacas anterosuperiores, que pueden palpase en todas las etapas de la intervención, así como el pubis (Fig. 3).

Incisión

Las referencias cutáneas son la espina ilíaca anterosuperior, el vértice del trocánter mayor y la cabeza del peroné. La incisión está centrada en una línea vertical que pasa por el vértice del trocánter mayor. Comienza 2 cm bajo la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053369>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053369>

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