



ORIGINAL

Componente acetabular no cementado en coxartrosis por fractura de cotilo

A. Lizaur*, J. Sanz-Reig y R. Serna-Berna

Servicio de Cirugía Ortopédica, Hospital General de Elda, Alicante, España

Recibido el 20 de diciembre de 2010; aceptado el 31 de enero de 2011

Disponible en Internet el 24 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Cadera;
Fractura de cotilo;
Prótesis total de cadera;
Componentes no cementados

KEYWORDS

Hip;
Acetabular fracture;
Total hip arthroplasty;
Uncemented components

Resumen

Objetivo: Valoración del componente acetabular no cementado en prótesis total de cadera por artrosis secundaria a fractura de cotilo.

Material y método: Estudio prospectivo de 24 pacientes con edad media de 56 años (rango: 28-77) y seguimiento medio de 8,4 años (rango: 5-15), que fueron tratados con acetábulo no cementado atornillado. El tiempo medio entre la fractura y la prótesis fue de tres años (rango: 5 meses-14 años). La fractura había sido tratada conservadoramente en 15 casos y con fijación interna en 9 casos. Se realizó valoración clínica con la escala de Harris y radiográfica, con especial interés en el acetábulo.

Resultados: La escala de Harris media se incrementó de 35 puntos (rango: 22-52) a 77 (rango: 45-94). Hubo tres aflojamientos de cotilo, dos con osteólisis que fueron revisados y uno con radiolucencia continua. El vástago femoral precisó revisión quirúrgica en un caso. Hubo un caso de infección profunda y una luxación tardía postraumática. La función de supervivencia de la artroplastia por cualquier causa a 12 años fue del 78,4%.

Discusión y conclusiones: Son escasos los estudios al respecto y todos con pequeño número de casos. La tasa de fallos acetabulares es superior que la tasa en los casos no traumáticos. La prótesis no cementada es un tratamiento adecuado para las secuelas de fractura de cotilo.

© 2010 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Cementless acetabular component in coxarthrosis due to a acetabular fracture

Abstract

Objective: To evaluate the outcomes of cementless acetabular component for post-traumatic arthritis after acetabular fracture.

Material and method: A prospective study of twenty-four patients with a mean age of 56 years (range: 28-77) and a follow-up 8.4 years (range: 5-15) treated with cementless total hip arthroplasty. The time from fracture to total hip arthroplasty was 3 years (range: 5 months-14 years). The fracture had been treated conservatively in 15 cases and with internal fixation in 9 cases. A clinical assessment was made using with Harris hip score, along with radiology with special interest in the socket.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lizaur1@telefonica.net (A. Lizaur).

Results: Harris hip score increased from 35 points (range: 22-52) to 77 (range: 45-94). Unstable acetabular fixation was seen in 3 cases, 2 with osteolysis that required revision and 1 with a complete radiolucent line. The stem required revision in 1 case. There was 1 case of deep infection and 1 post-traumatic late dislocation. Survival for any cause at 12 years was 78.4%.
Discussion and conclusions: There are few studies on this topic, and all with a small number of cases. Acetabular failure rate is higher than routine total hip arthroplasty for non-traumatic osteoarthritis. Cementless total hip arthroplasty is a suitable treatment for post-traumatic arthritis after acetabular fracture.

© 2010 SECOT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las fracturas de acetábulo son una lesión relativamente poco frecuente y de resultados variables a largo plazo. Una de las principales secuelas tardías es la coxartrosis postraumática, presente tanto en las fracturas desplazadas con tratamiento quirúrgico como en las no desplazadas con tratamiento conservador¹⁻³. El origen de esta coxartrosis puede deberse al propio traumatismo inicial con lesión ósea o cartilaginosa, tanto de la superficie cotiloidea como de la cabeza femoral a necrosis cefálica avascular, o bien deberse a falta de congruencia articular.

Actualmente, la prótesis total de cadera parece ser la solución más aceptada de la coxartrosis⁴, pero estos casos suele presentarse en pacientes jóvenes a lo que deben añadirse las potenciales dificultades en caso de deformidad acetabular, de presencia de material de osteosíntesis o de la calidad del hueso tras el proceso de consolidación de la fractura.

Hemos encontrado pocas series publicadas, algunas utilizando componentes acetabulares cementados⁵⁻⁸ y las más actuales con no cementados⁹⁻¹², siendo generalmente series reducidas entre 21 y 37 casos, y con seguimiento a medio plazo; sólo uno de ellos era prospectivo¹⁰.

Nuestro objetivo fue evaluar prospectivamente los resultados con componentes acetabulares no cementados de una serie consecutiva de artrosis secundaria a fractura de cotilo con un seguimiento mínimo de 5 años.

Material y método

En 1992 se diseñó un estudio prospectivo para el tratamiento de la coxartrosis tras fractura acetabular mediante prótesis total de cadera no cementada. Dada su baja frecuencia, los criterios de inclusión fueron todos los casos consecutivos con secuela de fractura de cotilo e indicación de prótesis total de cadera. Los criterios de exclusión fueron la contraindicación anestésica, no aceptar el consentimiento informado o seguimiento menor de 5 años. El proyecto fue aprobado éticamente por el CEIC de la institución. Todos los pacientes recibieron información y dieron su consentimiento informado.

Entre 1992 y 2005 fueron incluidos en el estudio 24 casos consecutivos, no habiendo casos excluidos ni pérdidas de seguimiento. Había 19 varones y 5 mujeres. En 18 casos se afectó el lado izquierdo. Todas las fracturas se debieron a traumatismos de alta o moderada energía, no habiendo casos de baja energía.

Los tipos de fractura según Judet y Letournel¹³ fueron 10 simples (8 de la pared posterior y dos de la columna anterior) y 14 asociadas (9 de pared y columna posteriores y 5 en T). En 6 casos se asociaba a luxación posterior de cadera, de los que 5 fracturas eran simples de la pared posterior y una fractura asociada de pared y columna posterior. Solo un caso con fractura-luxación posterior presentó afectación ciática por el traumatismo.

Se realizó tratamiento conservador de la fractura de cotilo en 15 casos, sin o con escaso desplazamiento y reducción abierta y osteosíntesis en 9 desplazadas. Entre estos últimos, en 7 casos se accedió por vía posterior y en dos por vía ilioinguinal. El tiempo medio entre el traumatismo y la implantación de la prótesis fue de tres años (rango: 5 meses-14 años).

La edad media en el momento de la prótesis fue de 56,4 años (rango: 28-77). En 13 casos la secuela fue coxartrosis y en 11 había signos radiográficos de necrosis avascular de la cabeza. De estas últimas, tres eran fracturas-luxaciones posteriores, 4 fracturas asociadas de pared y columna posteriores sin luxación y 4 fracturas en T con protrusión de la cabeza en el fondo del cotilo.

Todas las prótesis fueron realizadas en sala con flujo laminar, mediante vía lateral modificada de Hardinge¹⁴. En todos los casos se implantaron cotilos hemisféricos no cementados con recubrimiento de titanio poroso. Por disponibilidad cronológica, el modelo inicialmente empleado fue Vitalock (Stryker, Mahwah, USA) en 18 casos, y a partir del año 2000 el modelo Duofit (Samo, Bologna, Italia) en 6 casos. En todos se utilizó fijación suplementaria con tornillos, en 19 casos con dos tornillos y en 5 casos con tres tornillos. Se utilizaron vástagos femorales no cementados de titanio con recubrimiento poroso proximal, inicialmente Meridian (Stryker, Mahwah, USA) en 18 casos y luego Duofit (Samo, Bologna, Italia) en 6. En todos cabeza metálica de 28 mm de diámetro e inserto de polietileno de ultra-alto peso molecular con ceja de 12°.

En la preparación acetabular ningún caso precisó retirada de la osteosíntesis previa para realizar el fresado de la cavidad de forma rutinaria. No había casos de pseudoartrosis y, por tanto, no necesitaba de fijación interna adicional. Hubo 4 casos sin defectos óseos acetabulares significativos. En los casos con defecto óseo de acuerdo a la clasificación AAOS¹⁵ había 5 segmentarios que no precisaron reconstrucción, 6 cavitarios y 9 combinados precisando ambos tipos relleno con injerto óseo impactado procedente de la propia cabeza femoral extraída. Los defectos combinados no precisaron injerto estructural para afianzar las columnas. Los injertos óseos se colocaron después de haber realizado el fresado

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4086682>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4086682>

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