

Criterios quirúrgicos para la colocación de prótesis de rodilla y cadera

Ester García-Oltra*, Juan Carlos Martínez Pastor, Francisco Aliaga Orduña, Juan Antonio Calle García y José Antonio Hernández Hermoso

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España.

*Correo electrónico: egoltra1@gmail.com

Puntos clave

- La artrosis de origen degenerativo representa una de las causas más frecuentes por la que se realiza una artroplastia.
- Los pacientes con dolor intenso articular e incapacidad para la marcha en los que haya fracasado el tratamiento conservador serán los potenciales candidatos para la colocación de una prótesis.
- La implantación de una prótesis total de rodilla o cadera es una intervención útil, reproducible y con resultados predecibles.
- Se debe valorar el tipo, la intensidad y la localización del dolor, el rango articular y el grado de limitación funcional, así como realizar una anamnesis, una exploración física y unas pruebas complementarias adecuadas.
- Los cuestionarios preoperatorios como el *Harris Hip Score* o el *Knee Society Score* permiten evaluar de forma sistemática el dolor y la funcionalidad.
- Es fundamental una correcta indicación para obtener unos resultados adecuados.
- La infección, el aflojamiento, las fracturas periprotésicas, la luxación, la trombosis venosa profunda y las lesiones neurovasculares constituyen las principales complicaciones asociadas.
- Entre otras indicaciones protésicas descritas estarían: la artrosis secundaria a enfermedades reumáticas; traumatismos y osteonecrosis; secuelas de enfermedades de la infancia, como la displasia congénita de cadera y la enfermedad de Perthes, y la cirugía reconstructiva tumoral.
- Las prótesis implantadas en pacientes con artrosis postraumática son técnicamente demandantes y con un elevado índice de complicaciones. Suelen ser pacientes jóvenes, con elevada demanda funcional, antecedentes traumáticos y quirúrgicos previos con dolor invalidante articular.
- En aquellos pacientes que presentan osteonecrosis con un colapso articular superior a los 2 mm y cambios degenerativos asociados estaría indicada la colocación de una prótesis.

Palabras clave: Prótesis • Indicación quirúrgica • Artrosis • Osteonecrosis • Artrosis postraumática.

Introducción

Actualmente, la artroplastia total de cadera o rodilla es una de las mejores alternativas para aliviar el dolor y la limitación funcional en aquellos pacientes con una afectación avanzada de dichas articulaciones.

La cirugía sustitutiva articular se inició con las artroplastias parciales a nivel de la cadera. Smith-Petersen empleó una cúpula de cromo-cobalto en 1923 y posteriormente A. Moore y A. Thompson desarrollaron sus hemiarthroplastias monopolares que se introducen a nivel femoral. Fue J. Charnley quien introdujo el concepto de prótesis de

alta fricción y la utilización de cemento acrílico para la fijación, diseñando la prótesis de Charnley que es la que presenta mayores series publicadas y mejores resultados a largo plazo¹. A nivel de la rodilla, los primeros trabajos se desarrollaron en la década de 1950 con Waldius. En 1971, Gunston diseñó una prótesis total de rodilla policéntrica de baja fricción²; aunque no fue hasta la década de 1980 cuando Insall, con su modelo más anatómico de prótesis condilar total y el concepto de equilibrado del espacio en flexión y extensión, así como la estabilización ligamentosa, cuando se obtuvieron excelentes resultados. Posteriormente, los estudios se han centrado en el tipo de fijación de los implantes, el desarrollo de los polietilenos y el uso de di-

versos materiales que permitan obtener elevadas tasas de supervivencia.

La realización de una artroplastia total de cadera o rodilla es una intervención eficaz, ya que permite una mejora del dolor, así como de la calidad de vida, es reproducible y obtiene unos resultados predecibles, aunque precisa de una curva de aprendizaje y no está exenta de complicaciones (la infección, el aflojamiento, las fracturas periprotésicas, la luxación, la trombosis venosa profunda y las complicaciones neurovasculares)³⁻⁶.

Clínica

La principal indicación para la colocación de una prótesis total de rodilla y de cadera es la presencia de dolor intenso, así como la disminución del rango de movimiento y la limitación funcional en pacientes con afectación articular, ya sea por una artrosis degenerativa idiopática o secundaria.

Las alteraciones degenerativas de la articulación se expresan clínicamente mediante el dolor, que puede ser ausente, moderado, importante e incapacitante. El dolor suele ser mecánico, es decir, aparece durante la deambulación y mejora durante el reposo; a medida que evoluciona se torna de características mixtas, ya que aparece tanto en movimiento como en reposo. A nivel de la cadera, el dolor se localizará fundamentalmente en la región inguinal y se irradiará hacia la cara anterior y lateral del muslo, pudiendo llegar a la rodilla⁷. A nivel de la rodilla, dependiendo del tipo de compartimento articular afectado predominará el dolor medial, lateral o anterior. Es la presencia de dolor lo que provoca en el paciente cambios durante la bipedestación, la marcha y a su vez durante las actividades de la vida diaria. El grado de invalidez a la marcha, es decir, la distancia que el paciente es capaz de recorrer se dividirá en: ilimitada, entre 500 o 1000 metros, entre 100 y 500 metros y menos de 100 metros. Otro síntoma es la rigidez tras los periodos de reposo, que suele evolucionar hacia una rigidez constitutiva y por tanto a una postura antiálgica (a nivel de la rodilla en flexión y a nivel de la cadera en flexión, abducción y rotación externa).

Durante la exploración física de la cadera se debe evaluar la marcha del paciente, la presencia de cojera o la insuficiencia de los músculos pelvitrocantéreos (signo de Trendelenburg) (fig. 1), disimetría o un flexo de rodilla o cadera. En decúbito se valorará si el paciente presenta alguna postura antiálgica, el rango articular y la existencia de puntos dolorosos; a su vez se realizarán maniobras específicas de provocación del dolor como el test de Faber en la cadera (flexión, abducción y rotación externa con la rodilla a 90° de flexión) (fig. 2). A nivel de la rodilla se debe valorar la marcha y la alineación de la extremidad; la presencia de desviaciones axiales (*genu varo/valgo*; *genu flexulrecurvatum*). A su vez, en decúbito se estudiará el rango de movilidad articular, la existencia de puntos dolorosos tanto a nivel femoropatelar

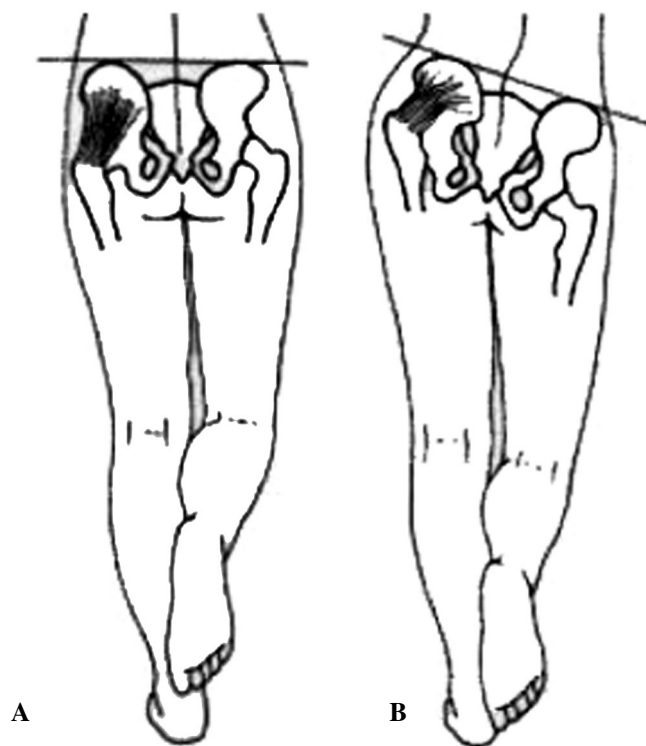


Figura 1. Signo de Trendelenburg. A) Estado normal. B) Trendelenburg +. Indicaría debilidad a nivel de musculatura pelvitrocantérea.



Figura 2. Test de Faber. Es positivo si la flexión, abducción y rotación externa incrementa el dolor en la cadera.

como en los compartimentos medial o lateral; se realizarán maniobras meniscales (signo de Steinmann I y II y el test de Mc Murray) que intentan provocar un crujido o resalte para evaluar la existencia de un posible fragmento meniscal y las maniobras de estabilidad ligamentosa de la rodilla (varo y valgo forzado, test de Lachmann y test del cajón anterior y posterior) (tabla 1).

Se han desarrollado múltiples cuestionarios que de forma preoperatoria nos permiten medir el dolor y la funcionalidad (rango articular, grado de limitación en las actividades habituales, cojera, estabilidad, alineación, ayudas para la deambu-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8758310>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8758310>

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