



Artrodesis, resección y coaptación de cadera

S. Marmor, T. Aubert, P. Piriou

El rendimiento y el aumento de la supervivencia de las artroplastias totales de cadera han provocado una disminución considerable de la realización de artrodesis, resección y coaptación en una cadera nativa. Sin embargo, estas posibilidades terapéuticas deben plantearse en pacientes jóvenes en quienes el pronóstico de las prótesis de cadera es incierto a muy largo plazo. Las indicaciones principales de estas técnicas son: los fracasos últimos postraumáticos o de artroplastias en los que no es posible recurrir a una revisión protésica por motivos mecánicos (destrucción articular importante, déficit del capital óseo, trastornos neurológicos o musculares), médicos (riesgo anestésico importante) o infecciosos. Por último, esta cirugía sigue estando indicada en los pacientes en quienes la artroplastia tiene una contraindicación relativa o una relación beneficio-riesgo desfavorable a la artroplastia: se trata de los pacientes neuroortopédicos en quienes la resección o la coaptación de cadera permite liberar un sector de movilidad, los pacientes con riesgo séptico elevado o aquéllos con una demanda funcional reducida.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Artrodesis de cadera; Resección de cadera; Coaptación trocántero-ilíaca; Infección de cadera

Plan

■ Objetivos y orientación terapéuticos	1
■ Artrodesis de cadera	1
Posición de la artrodesis	2
Indicaciones y contraindicaciones	2
Artrodesis intraarticular	2
Artrodesis extraarticular	5
Resultados a largo plazo de las artrodesis	5
Desartrodesis de cadera	6
■ Resección articular de cadera	6
Indicaciones	6
Resección de la cabeza y el cuello en caso de cadera nativa por osteoartritis séptica	6
Resección de cadera en caso de prótesis infectada	7
Resultados	8
■ Coaptación trocántero-ilíaca	8

■ Objetivos y orientación terapéuticos

Una cadera nativa presenta cuatro cualidades que se pueden reproducir mediante la artroplastia: movilidad, estabilidad, ausencia de dolor y conservación de la longitud del miembro. Cada una de las tres técnicas que se describen a continuación cumple de forma incompleta estas exigencias. La conversación con el paciente y sus

allegados sobre las ventajas e inconvenientes de cada una de las técnicas permite una elección razonada y el establecimiento de un contrato de objetivos con el paciente (Cuadro 1).

La artrodesis de cadera consiste en obtener una fusión ósea entre una parte de la pelvis y el fémur (artrodesis coxofemoral o isquiofemoral). Sus ventajas son la ausencia de dolor y la estabilidad. En ocasiones, se logra evitar el acortamiento del miembro, pero la movilidad es nula.

La resección articular permite obtener una cadera colgante. Sus ventajas son la movilidad y a menudo la ausencia de dolor; sus inconvenientes son la inestabilidad y el acortamiento.

La coaptación trocántero-ilíaca encastra el vértice del fémur en la zona cotiloidea. Sus ventajas son la conservación de una movilidad parcial (flexión de cadera), de una cierta estabilidad y de la longitud del miembro inferior así como, a menudo, la ausencia de dolor.

■ Artrodesis de cadera

La artrodesis de cadera debe plantearse en los pacientes jóvenes y activos que presenten una afectación unilateral de la cadera.

Aunque la supervivencia de las prótesis totales de cadera (PTC) ha aumentado considerablemente y ha permitido reducir la realización de artrodesis, algunos autores describen mejores resultados a largo plazo de la artrodesis en lo referente a la supervivencia^[1]. Las otras ventajas de una artrodesis en individuos sanos^[2] son la independencia y la

Cuadro 1.

Ventajas e inconvenientes de las artrodesis, resecciones y coaptaciones de cadera.

	Estabilidad	Ausencia de dolor	Longitud	Movilidad
Artrodesis	Sí	Sí	Frecuente	Ninguna
Resección	No	Sí	No	Sí
Coaptación	Sí	Frecuente	Frecuente	Parcial

movilidad, sin exponer al riesgo de numerosas reintervenciones quirúrgicas más complejas y a los resultados más aleatorios debidos a los daños anatómicos observados en las revisiones de PTC. También hay que destacar que la duración de las prótesis depende de la edad de los pacientes y disminuye con la práctica de actividad física [3-5]. Sin embargo, esta elección es difícil y depende en gran medida de la experiencia del cirujano [6].

Por último, la artrodesis no es obligatoriamente una técnica definitiva, pues se puede realizar una desartrodesis con colocación de una PTC con buenos resultados. El porcentaje de pacientes que desean una desartrodesis después de más de 15 años de evolución es del 0-57% [7, 8].

Estos resultados deben sopesarse frente a las incomodidades sociales (dificultad para sentarse, disminución del perímetro de la marcha en las grandes distancias), la lumbalgia y la gonalgia homolaterales asociadas, lo que explica la elección de la artroplastia, que es más lógica en la población general.

La finalidad de la artrodesis de cadera es obtener la fusión entre el fémur proximal y una zona de la pelvis. Se distinguen las artrodesis intraarticulares (coxafemorales) de las artrodesis extraarticulares (iliofemorales, isquiofemorales).

Posición de la artrodesis

La posición de fusión de la articulación coxofemoral obliga a realizar una adaptación estática y dinámica a nivel de la columna vertebral y de la rodilla. Un flexo de cadera favorece la posición sentada, pero provoca durante la marcha una hiperlordosis dolorosa y una desigualdad de longitud de los miembros inferiores. Por el contrario, una artrodesis de cadera en extensión favorece la posición vertical más que la posición sentada. Un exceso de abducción provoca un alargamiento funcional responsable de un flexo de rodilla subyacente. La rotación interna es perjudicial, porque aleja el pie del cuerpo durante la flexión de la rodilla e impide el apoyo monopodal.

Al final, la posición de la artrodesis es un compromiso que asocia:

- una flexión de 20-30°;
- una aducción de 5°;
- una rotación externa de 5-10°;
- una diferencia de longitud menor de 2 cm.

Es indispensable durante la evaluación terapéutica realizar una exploración radiológica de ambas caderas, de la columna vertebral y de la rodilla homolateral.

“ Punto importante

La posición de la artrodesis es un compromiso que asocia:

- una flexión de 20-30°;
- una aducción de 5°;
- una rotación externa de 5-10°;
- una diferencia de longitud menor de 2 cm.

Indicaciones y contraindicaciones [9]

Las indicaciones potenciales son las siguientes:

- pacientes menores de 40 años;
- patología no inflamatoria;
- destrucción articular importante;
- déficit significativo del capital óseo;
- trastorno neurológico que afecte principalmente a los músculos abductores.

Las contraindicaciones son:

- afectación de la cadera contralateral;
- gonalgia o inestabilidad de la rodilla homolateral;
- afectación de la columna vertebral;
- patología inflamatoria (afectación o riesgo de afectación pluriarticular).

Las contraindicaciones relativas son:

- alteración del estado general;
- edad avanzada (indicación de PTC);
- obesidad.

“ Punto importante

Antes de decidir la realización de una artrodesis de cadera, se debe realizar sistemáticamente una evaluación que incluya una exploración física y radiológica de ambas caderas, de la rodilla homolateral y de la columna vertebral.

Artrodesis intraarticular

Se han descrito muchas técnicas. Tienen en común el reavivamiento de las superficies articulares seguido de una fijación rígida. Según un metaanálisis reciente, no hay diferencias importantes en términos de consolidación y de satisfacción de los pacientes [10].

Artrodesis mediante reavivamiento y atornillado

Colocación y vía de acceso

Durante la colocación, se deben controlar perfectamente las posiciones de la pelvis y de la columna vertebral para adaptar el posicionamiento futuro de la artrodesis. Se pueden utilizar todas las vías de acceso de la cadera, pero la vía anterior en decúbito supino permite un control mejor del posicionamiento de la artrodesis, sobre todo si se utiliza una mesa ortopédica que permite colocar de forma estable el miembro inferior y la pelvis. Puede resultar interesante volver a usar una antigua vía de acceso con el fin de resear los trayectos infectados. La luxación anterior o posterior no plantea ninguna dificultad, pero la exposición del acetábulo puede ser más complicada si no se realiza una osteotomía del cuello femoral. Por tanto, requiere una preparación del fémur en primer lugar y una liberación periarticular con el fin de trasladar la epífisis femoral hacia delante o hacia atrás, según la vía de acceso para acceder al acetábulo. Siempre debe darse prioridad a la conservación del abanico glúteo ante la posibilidad de una desartrodesis futura, lo que justifica, si es preciso, una trocanterotomía.

Reavivamiento de las superficies articulares

El reavivamiento de las superficies articulares se puede realizar a mano alzada, para realizar dos superficies de corte congruentes entre la cabeza femoral y el acetábulo, o con un juego de fresas cóncavas y convexas. A menudo, existe una destrucción articular tan marcada que impide utilizar estas dos técnicas, y se realiza un simple reavivamiento de las superficies (Fig. 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8798055>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8798055>

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