

ROTURA DE UN VÁSTAGO FEMORAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Pablo J. Suárez-Anta Rodríguez, David Alonso Álvarez, Lucía Lanuza Lagunilla, Álvaro Cambor Valladares, Antonio Meneses Gutiérrez, Antonio García Arias
Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias, España

INTRODUCCIÓN:

Las fallos de los vástagos femorales son una causa infrecuente de revisión después de una PTC (0,27%), siendo más frecuentes la inestabilidad, luxaciones, aflojamiento y la infección. El material y diseño del implante, la técnica quirúrgica, las cirugías de revisión y los factores del paciente pueden contribuir.

MATERIAL Y METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo a propósito de dos casos. El primero se trata de un varón de 48 años que acude a Urgencias por coxalgia súbita sin traumatismo. Como antecedentes, obesidad e intervenido de PTC bilateral (la izquierda en 2010, implantándose un cotilo de doble movilidad y un vástago con offset extendido y cabeza cerámica cuello largo). En 2014 se realiza una cirugía de recambio acetabular por dolor y desgaste del polietileno, observándose metalosis peritrocantérea y una impronta a nivel del cuello por impingement (componente femoral estable que no se recambia) (Fig 1).

El segundo se trata de un varón de 68 años como principales antecedentes obesidad e intervenido en 1986 de PTC dcha tras accidente de tráfico y realizada cirugía de revisión hace 17 años (vástago modular con offset extendido). Refiere dolor e impotencia funcional en cadera derecha de un mes de evolución sin un desencadenante claro. Se realizan radiografías objetivándose una rotura del cuello y en la unión metafisodiafisaria del vástago respectivamente (Fig 2).

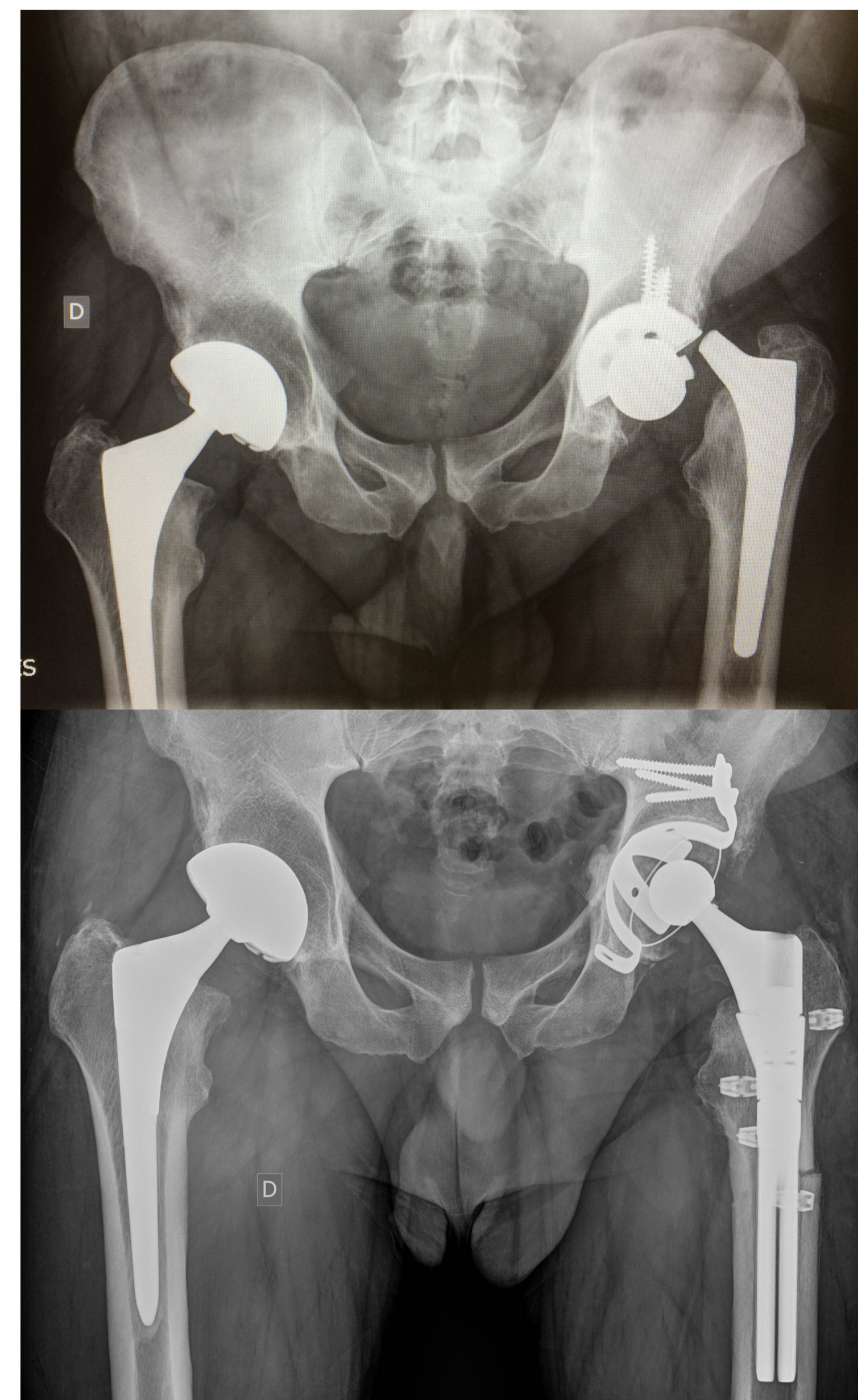


Fig 1: Caso 1

RESULTADOS:

Ambos son intervenidos quirúrgicamente recambiando ambos componentes. En el primero, se implanta una cruz de Kerboull con un cotilo displásico y un vástago modular previa realización de una osteotomía del trocánter mayor (Fig 1).

En el segundo se implanta un cotilo de doble movilidad y un vástago modular, previa realización de un sarcófago para la retirada del remanente diafisario integrado (Fig 2).

El postoperatorio evoluciona favorablemente, con control radiográfico satisfactorio, deambulando al año y 3 meses y al mes de la intervención respectivamente.

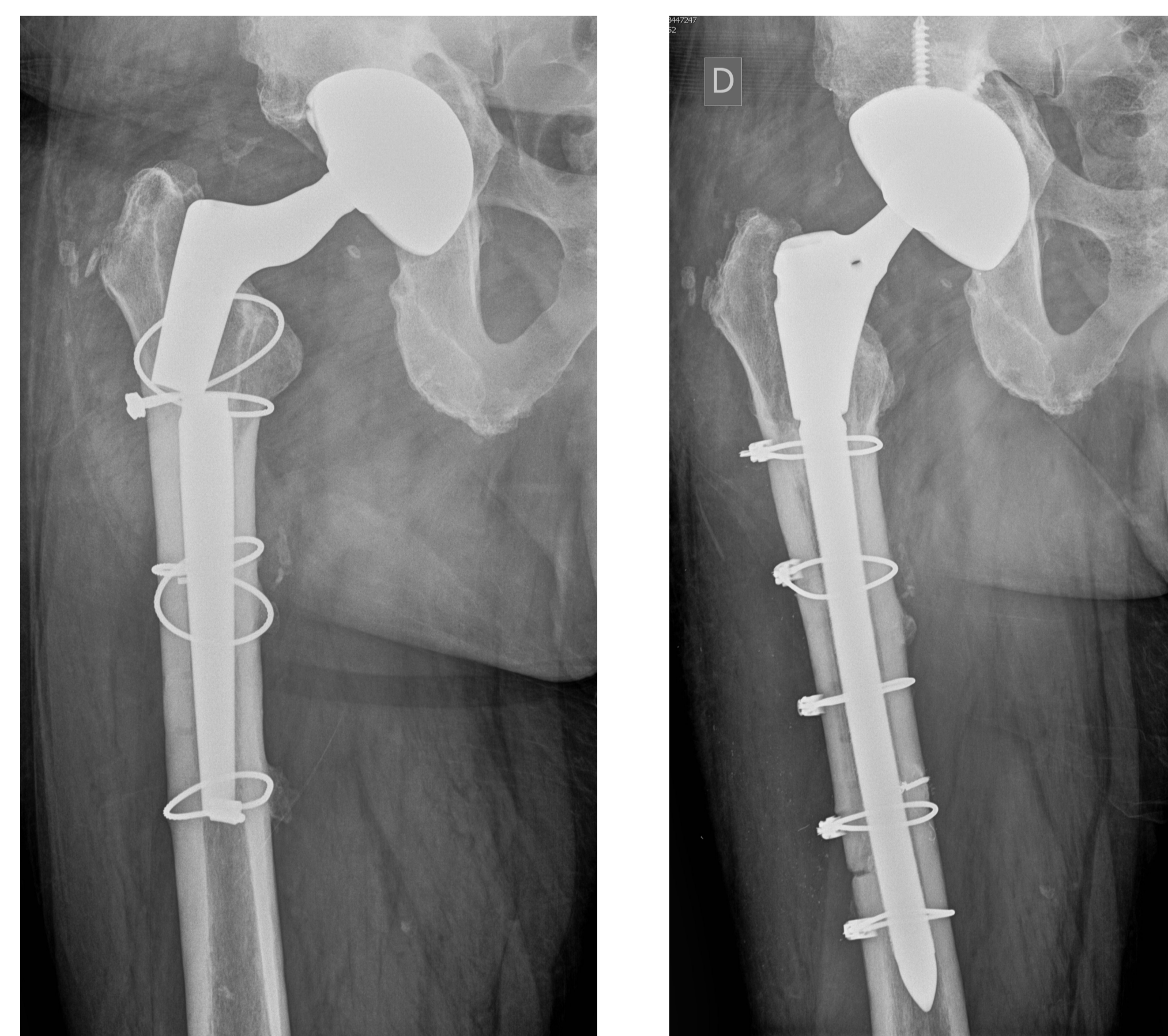


Fig 1: Caso 2

CONCLUSIONES:

Aunque la rotura de los vástagos femorales es una causa infrecuente de fracaso de una artroplastia de cadera, se debe considerar esta posibilidad en pacientes obesos, implantes con offset extendido, cirugías de revisión en la que puedan verse dañados los implantes o bien por la corrosión y fatiga del material.