

# MOVILIZACIÓN ASÉPTICA AGUDA DEL COMPONENTE HUMERAL DE LAS PRÓTESIS INVERTIDAS DE HOMBRO.

## INTRODUCCIÓN

La artroplastia invertida de hombro es el procedimiento indicado para el tratamiento quirúrgico de la omartrosis por rotura crónica del manguito rotador, y también de determinadas fracturas de la extremidad proximal del húmero desplazadas en pacientes mayores de 70 años, y su número continúa creciendo exponencialmente. Sin embargo, algunas de ellas fracasan, por lo que es necesario analizar sus causas y el resto de complicaciones para mejorar las tasas de éxito de este tipo de cirugía protésica.

## OBJETIVOS

Realizar una exposición de las causas de fracaso de este tipo de prótesis, momento en el que suelen tener lugar, cómo han sido resueltos, y analizar los casos observados en nuestro centro hospitalario.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la técnica y de los casos intervenidos en nuestro Servicio, analizando las complicaciones, si han sido o no intervenidos, y sus resultados.

## RESULTADOS

La movilización del componente humeral es una causa poco frecuente de fracaso de las artroplastias invertidas de hombro. Se ha evaluado la serie de pacientes intervenidos por fractura de extremidad proximal del húmero mayores de 70 años y en los que no fue posible realizar osteosíntesis interna, a los que les ha sido implantada una prótesis invertida de hombro, encontrando una movilización aséptica aguda del componente humeral sin alteración del mismo (falló la interfaz cemento-implante), que tuvo que ser reintervenida para implantar un nuevo componente humeral cementado (tras limpieza del canal medular y extracción del cemento de la primera intervención quirúrgica). Se presenta un caso de omartrosis primaria ya que no ha sido posible conseguir las imágenes de las movilizaciones de las prótesis invertidas, se pide disculpas por este hecho (Fig. 1 a 4).

## DISCUSIÓN

La causa de aflojamiento agudo del componente humeral es multifactorial, y puede ser consecuencia del fracaso de la interfaz cemento-implante, como en el caso descrito en la serie analizada.

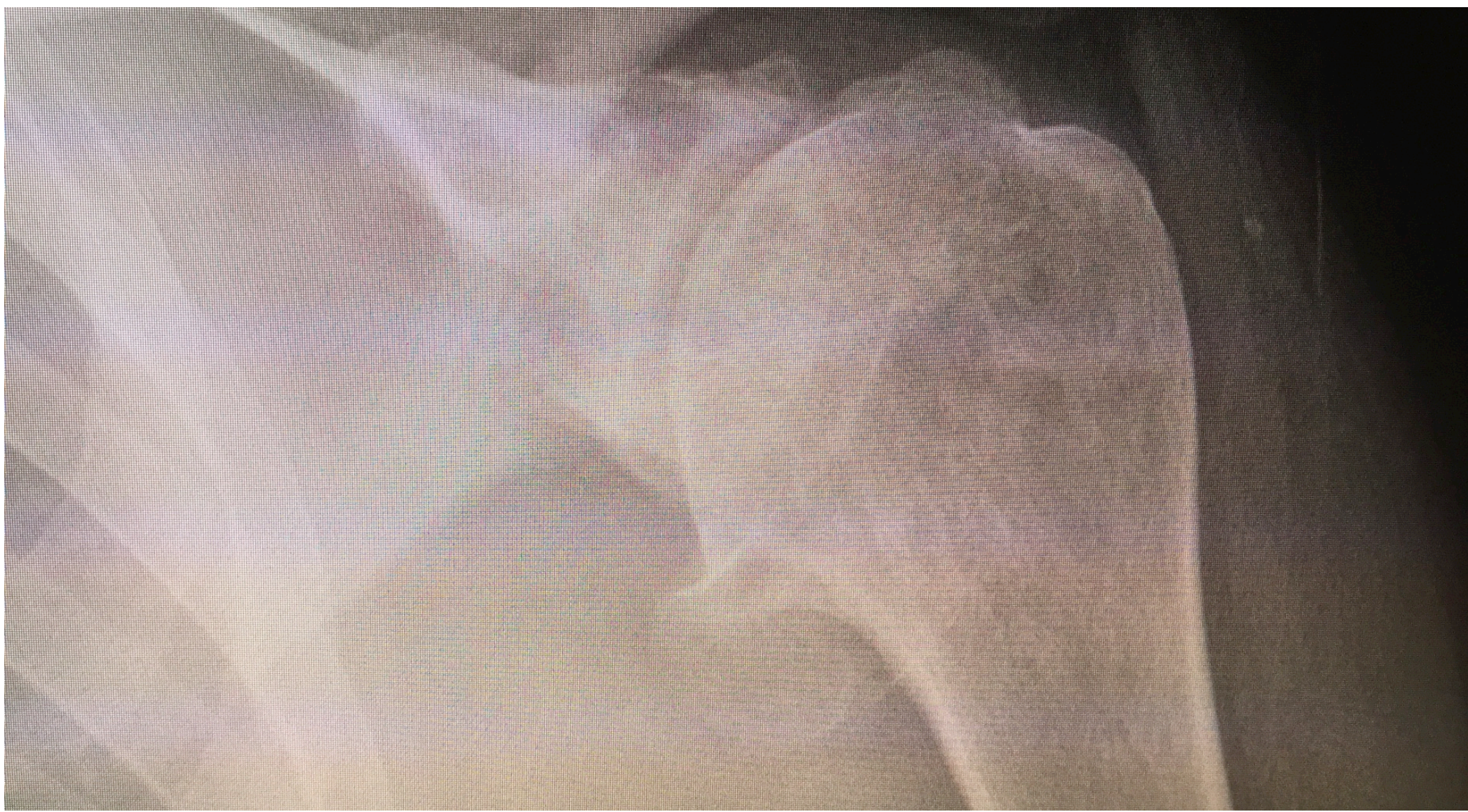


Fig 1. Omartrosis primaria.

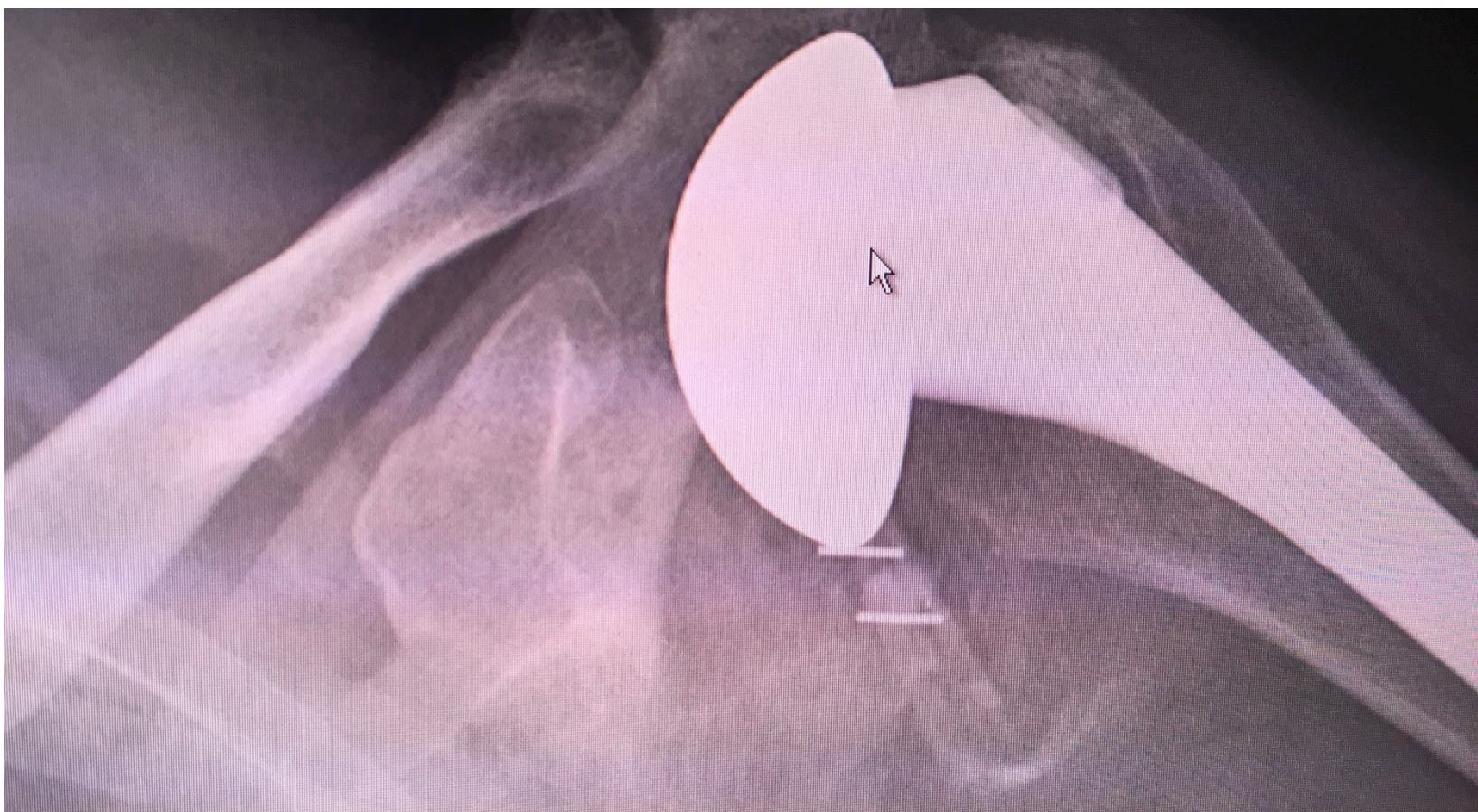
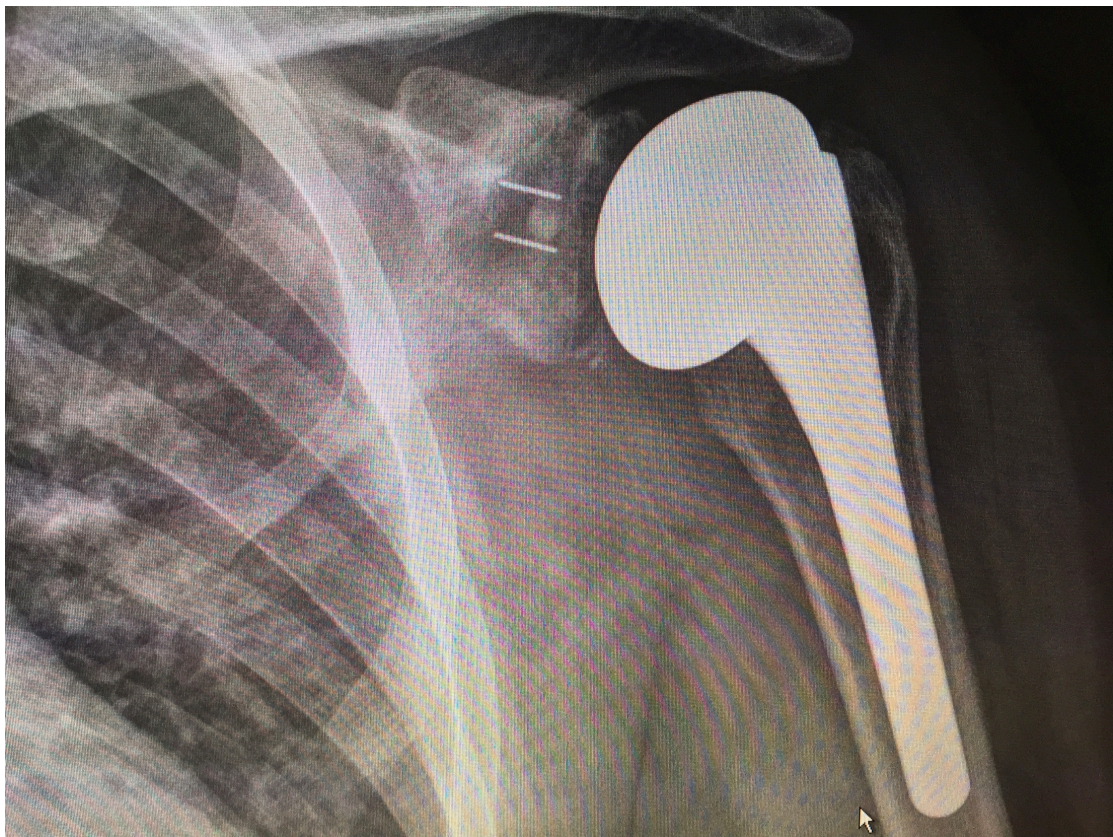


Fig 2 y 3. implante glenoideo normoposicionado (arriba) y movilizado (abajo).

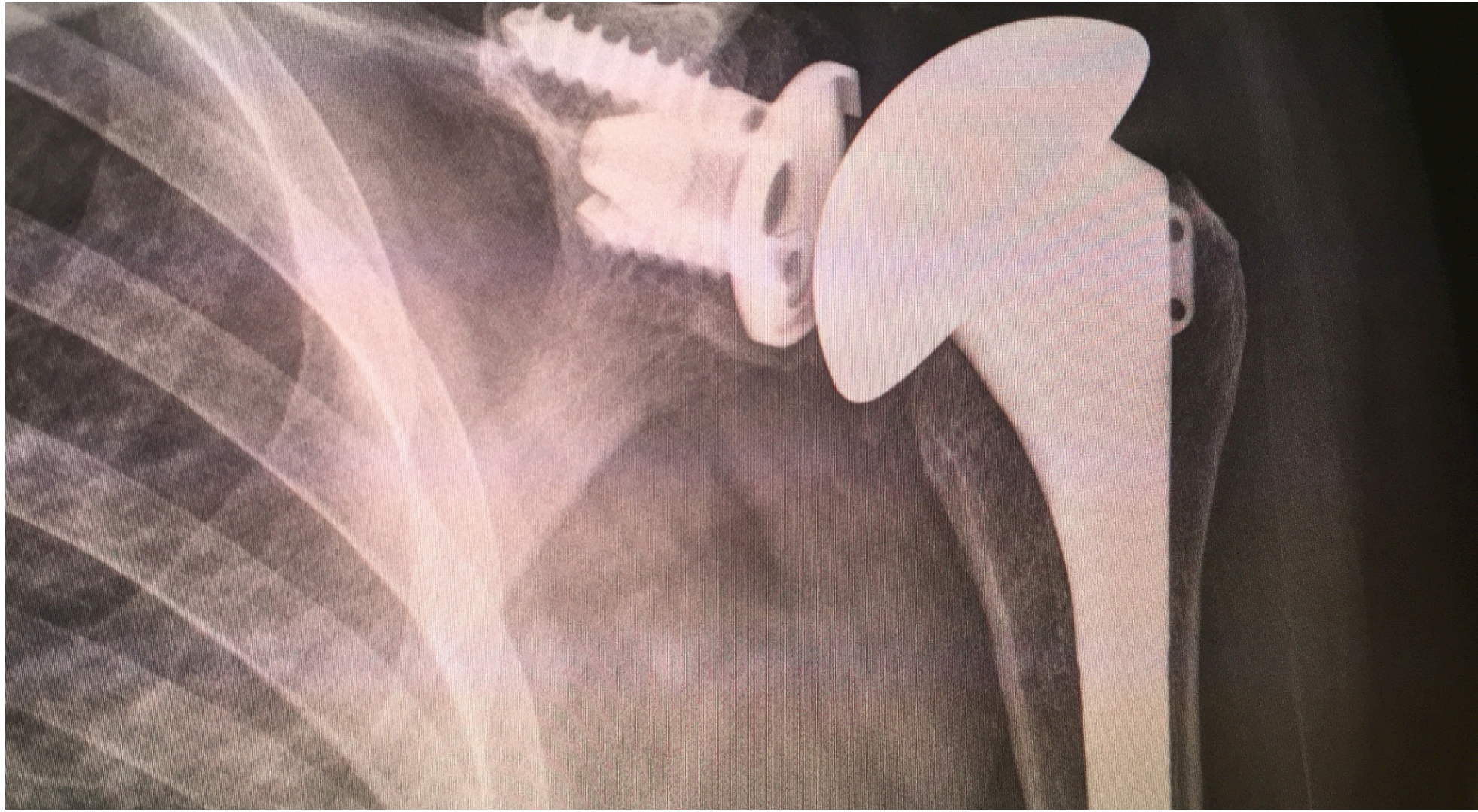


Fig 4. Omartrosis primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/>.
2. S. H. Kim, B. L. Wise, Y. Zhang, and R. M. Szabo, "Increasing incidence of shoulder arthroplasty in the United States," *The Journal of Bone & Joint Surgery—American Volume*, vol. 93, no. 24, pp. 2249–2254, 2011.
3. R. P. Driessnack, D. C. Ferlic, and J. D. Wiedel, "Dissociation of the glenoid component in the Macnab/English total shoulder arthroplasty," *Journal of Arthroplasty*, vol. 5, no. 1, pp. 15–18, 1990.

