

FRACTURA PERIPROTESICA BILATERAL DE CADERA EN EDAD AVANZADA: ALTA MORTALIDAD

Fernando Trell Lesmes*,Carlos López Orosa**,Alfonso Utrillas Compaired***,Mónica Martínez Maside**,Montserrat Molina Guerrero**. *Hospital Universitario Puerta de Hierro.** Hospital Universitario Fuenlabrada. ***Hospital Universitario Guadalajara..

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas periprotésicas son un problema cada vez más frecuente, debido a la mayor longevidad de la población y al incremento en la cirugía protésica. En el postoperatorio la incidencia es del 1% en las artroplastias primarias y un 4% en la revisión. Debe analizarse si la fractura compromete la estabilidad del implante y la calidad ósea, para conseguir una consolidación y un implante estable. La mortalidad llega hasta un 33% dentro del primer año tras la cirugía.

OBJETIVOS:

La presentación bilateral simultánea no es habitual y la supervivencia de estos pacientes a edades avanzadas se ve comprometida aún más. La realización de forma precoz y secuenciada en 2 tiempos es la forma elegida en nuestro caso.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Presentamos una fractura periprotésica femoral bilateral simultánea en una mujer de 73 años, tras una caída casual de baja energía. Era una paciente con comorbilidades asociadas importantes (ASA 3) y una gran osteoporosis. Había sido sometida años antes a cirugía de revisión de ambos vástagos.

En el lado derecho, lleva un vástago modular cónico estriado de fijación diafisaria, y un vástago de recubrimiento poroso extenso en el lado izquierdo. La paciente era independiente para las actividades de la vida diaria, precisando ayudas con bastón para la deambulación. Tras el estudio radiológico: en el lado derecho, la fractura es distal al vástago, con gran osteopenia (tipo C de Vancouver) . En el lado izquierdo, la fractura se produce alrededor del vástago (tipo B1 de Vancouver) con adelgazamiento de corticales.

Se realizó la cirugía en 2 tiempos, empezando por el lado izquierdo tras comprobar la estabilidad de vástago, con reducción y síntesis con placa, tornillos, cables y aloinjerto cortical estructural en la zona antero-medial.

La cirugía del lado derecho se realizó 2 semanas después, colocando una placa con cables, tornillos y aloinjerto cortical en la zona medial. En el postoperatorio preciso transfusiones de concentrados de hematíes y de descarga de ambas extremidades durante 9 semanas.



RESULTADOS:

Al año de evolución, la paciente era capaz de deambular con ayudas en su domicilio, las fracturas consolidaron, con la incorporación de los aloinjertos. El aflojamiento cotiloideo en el lado dcho progresó pero la paciente falleció a los 18 meses de la fractura.



CONCLUSIONES:

Las fracturas periprotésicas suelen acontecer en pacientes de edad avanzada, con una gran mortalidad dentro del primer año. La presentación bilateral no es tan frecuente. La planificación preoperatoria teniendo en cuenta la agresión quirúrgica para la realización en uno o en dos tiempos es discutida, así como la necesidad de aporte de aloinjerto.

Es necesario realizar abordajes que minimicen el daño tisular, el sangrado y una desperiostización excesiva. El material de osteosíntesis tiene que tener la suficiente longitud para sobrepasar el vástago y proteger la mayor parte del fémur. Es recomendable el uso de tornillos monocorticales y cerclajes en la zona proximal.

El uso injertos corticales cada vez es mas discutido aunque según la edad y el estado óseo puede estar justificado.

La infección y la ausencia de consolidación así como la elevada presencia de complicaciones sistémicas debido a las características de este tipo de pacientes, hacen que sean fracturas con una elevada morbi-mortalidad.