

Sarasa Roca, M., Angulo Castaño, MC., Calvo Tapies, J., Villota Bello, A., R., Albareda Albareda, J.
Servicio C.O.T. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (Zaragoza)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La artroplastia total de cadera cementada es una de las cirugías más frecuentes en nuestra especialidad con unos resultados clínicos excelentes, no obstante, hay descritas posibles complicaciones derivadas de su implantación. La rotura del componente femoral es una complicación poco frecuente pero documentada, con una incidencia muy baja y cada vez menor debido a la mejora en el diseño de los implantes. Presentamos un caso de esta complicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 77 años que fue intervenida en el año 2012 de una artroplastia total de cadera izquierda cementada por coxartrosis. Presentaba desde la intervención ligeras molestias en el muslo que cedían con analgesia. En el año 2021 acude por dolor en EI y cojera evidente sin traumatismo previo, objetivándose una rotura del vástago femoral a nivel del tercio medio distal.

RESULTADOS

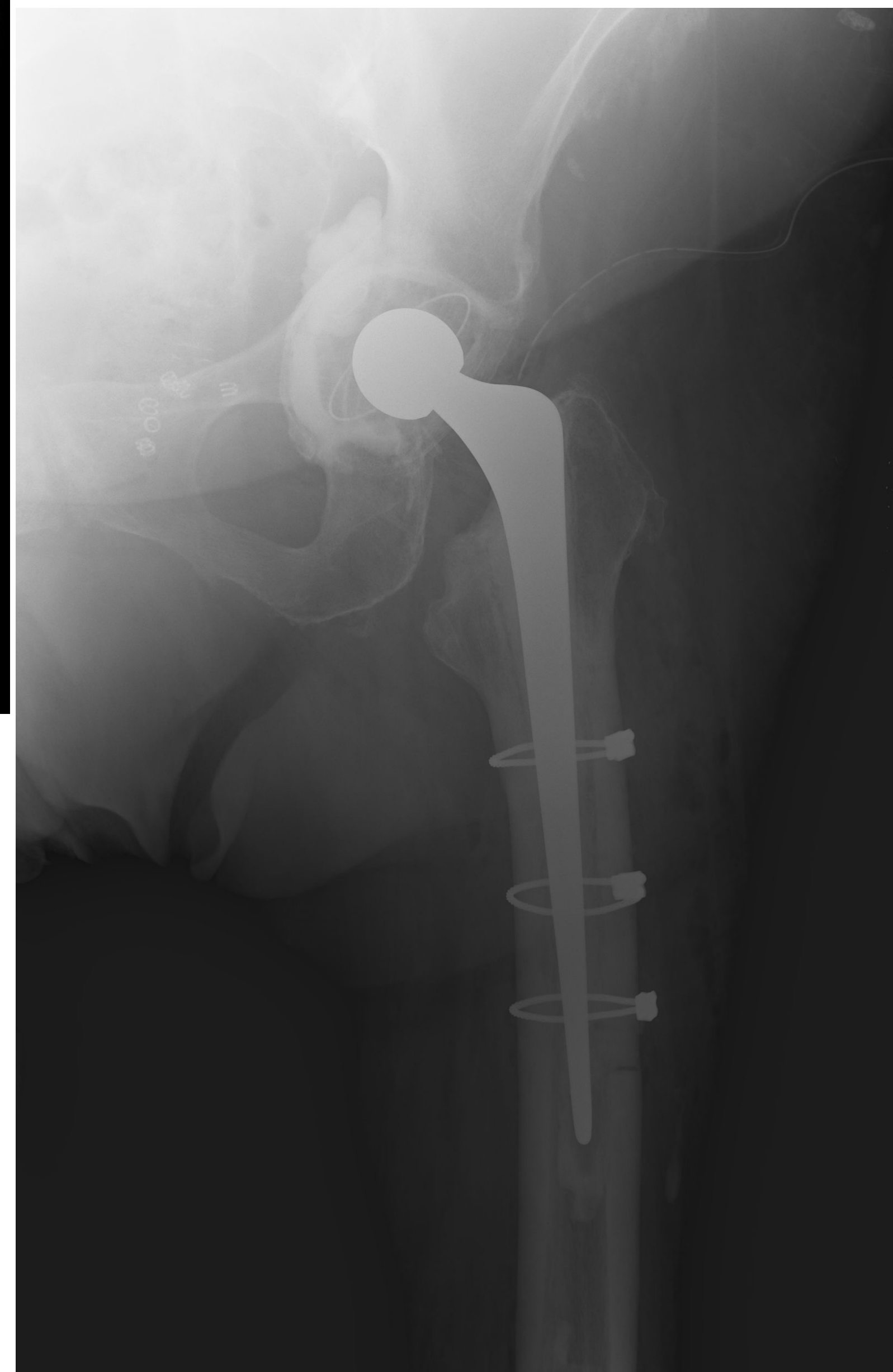
Se realiza intervención quirúrgica y mediante recambio del vástago por un vástago de revisión cementado de mayor longitud. A los 6 meses de evolución la paciente se encuentra sin dolor, deambula con ayuda de un bastón y es independiente para las ABVD.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque la rotura por fatiga de un vástago femoral cementado es un evento raro, podríamos resumir los factores de riesgo en 3 grupos:

- Dependientes del paciente: entre los que destacan el IMC elevado.
- Dependientes del cirujano: tamaño demasiado pequeño, offset elevado en pacientes con IMC alto (aumenta el riesgo de rotura del cuello), técnica de cementación defectuosa que crea zonas de estrés mecánico y fatiga del implante.
- Dependientes de la prótesis: relacionados con la composición, el acabado y la geometría del vástago.

Analizando los factores de riesgo implicados en la rotura del vástago podemos concluir que la causa más probable en nuestro caso fue una mala técnica de cementación, ya que el tamaño del vástago era adecuado para el peso de la paciente, y el fallo del implante es muy poco probable debido al estricto control que existe en la producción actualmente. Se trata de una complicación poco frecuente, pero que aumenta mucho la morbilidad del paciente, por lo que debemos conocer las causas que la provocan, y cuáles son aquellas en las que podemos influir.



BIBLIOGRAFÍA

1. Buttaró M, Comba F, Zanotti G, Piccaluga F. Fracture of the C-Stem cemented femoral component in revision hip surgery using bone impaction grafting technique: report of 9 cases. Hip Int. 2015; Mar-Apr 25(2):184-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25655735>
2. Reito A, Eskelinen A, Pajamäki J, Puolakka T. Neck fracture of the Exeter stem in 3 patients. Acta Orthop. 2016; Apr 87(2):193-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26541359>
3. Fujita H, Katayama N, Iwase T, Otsuka H. Multi-center study of use of the Exeter stem in Japan: evaluation of 1000 primary THA. J Orthop Sci. 2012; Jul;17(4):370-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22552547>
4. Davies BM, Branford White HA, Temple A. A series of four fractured ExeterTM stems in hip arthroplasty. Ann R Coll Surg Engl. 2013; Nov 95(8):130-2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24165328>