

COXARTROSIS POSTRAUMÁTICA. LA IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA.

Durán-Serrano María, Navarro-López Pablo, Lerena-Pérez-Aradros Luis, Rodríguez-Chacón Luis, Martín-Hernández Carlos.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

OBJETIVOS

La artroplastia total de cadera (ATC) secundaria a coxartrosis postraumática ofrece un reto para el cirujano por las dificultades técnicas dadas las deformidades anatómicas. Por ello, es de especial interés la minuciosa planificación preoperatoria.

Presentamos un caso clínico tratado en nuestro centro.

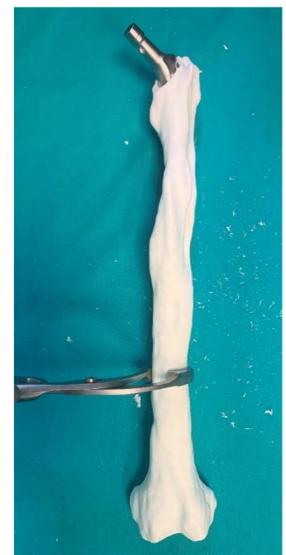
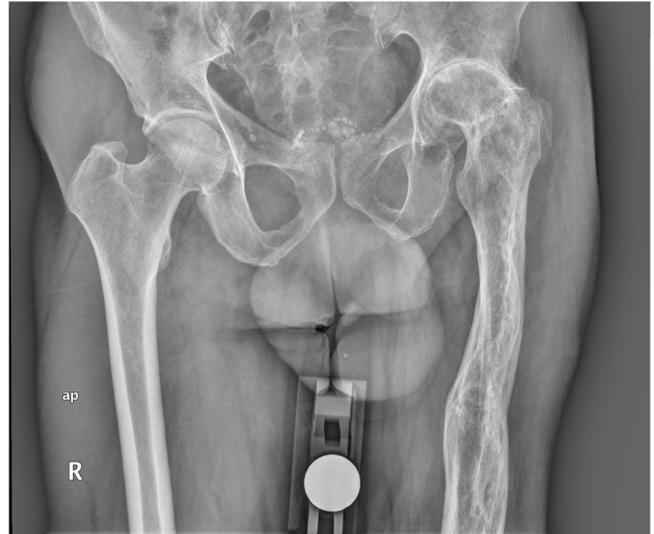
MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 73 años que presentó un accidente de tráfico hace 20 años sufriendo rotura esplénica y fractura diafisaria proximal de fémur tratada con enclavado endomedular (clavo retirado tras la consolidación ósea).

En la exploración realizada, el paciente presentaba cojera que precisaba de un bastón, acortamiento de 3cm respecto a la extremidad contralateral, báscula pélvica, valgo compensatorio de rodilla contralateral, bloqueo completo de la rotación interna de la cadera y atrofia de la musculatura pelvitrocantérea.

En las pruebas de imagen realizadas (radiografías y TAC) se demostró coxartrosis grado 4 (Kellgren-Lawrence) y se confirmó la disimetría; las deformidades incluían antecurvatum femoral y anteversión femoral de 70° en el contexto de un canal femoral estrecho (con posible falsa vía del clavo previo) y mala calidad ósea.

Ante los hallazgos, se programó intervención quirúrgica para ATC.



RESULTADOS

Para planificar la cirugía utilizamos las plantillas de los materiales quirúrgicos y herramientas informáticas simples (Powerpoint®). Ante las dudas planteadas en la planificación 2D acerca de la posibilidad de implantar el vástago se solicitó una réplica del fémur en impresión 3D a tamaño real. Realizamos la planificación quirúrgica sobre la reproducción femoral.

En quirófano, realizamos un abordaje posterolateral y osteotomía "in situ" del cuello femoral para llevar a cabo la luxación de la cadera, se implantó un cotilo TridentII-Tritanium(Stryker®) para doble movilidad y un vástago no cementado tronco-cónico Wagner (Zimmer®).



CONCLUSIÓN

La correlación entre la cirugía sobre el implante 3D y en el campo quirúrgico fue exacta.

La planificación de las cirugías es la base del éxito quirúrgico. Es necesario estudiar cada caso minuciosamente para ser capaces de predecir las complicaciones intraoperatorias y sus posibles soluciones. En este caso, a pesar de las dificultades anatómicas, mediante una buena planificación y selección de los implantes, se ha conseguido un resultado quirúrgico satisfactorio.