

PRÓTESIS DE CADERA BILATERAL EN PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA

Fernando Trell Lesmes*, Carlos López Orosa**, Alfonso Utrillas Compaired***, Mónica Martínez Maside****. Montserrat Molina Guerrero ****

*Servicio Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. **Servicio Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Servicio Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario de Guadalajara. *Servicio Rehabilitación y Medicina Física. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

OBJETIVOS:

La Púrpura Trombocitopénica Idiopática (PTI) provoca una plaquetopenia, debido a la formación de autoanticuerpos contra las plaquetas, provocando que el bazo las destruya.

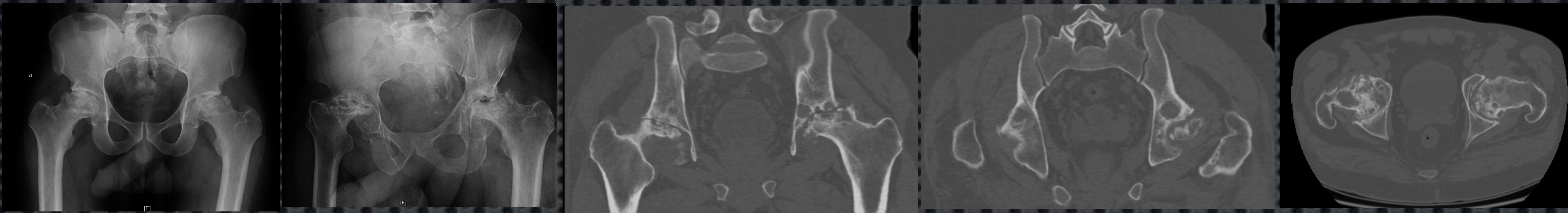
Se presenta en la infancia-juventud permaneciendo asintomáticos o presentar hemorragias cutáneas o sangrado por mucosas. Las hemorragias internas/hemartros son menos frecuentes.

Recuentos de plaquetas hasta 20000/mm3 no provocan hemorragias espontáneas, necesitando niveles por encima de los 80000/mm3 para procedimientos quirúrgicos.

El tratamiento pretende detener las hemorragias y tener cifras de plaquetas por encima de 20000/mm3, para ello se usan corticoides, esplenectomía, gammaglobulinas-iv y nuevos agentes trombopoyéticos.

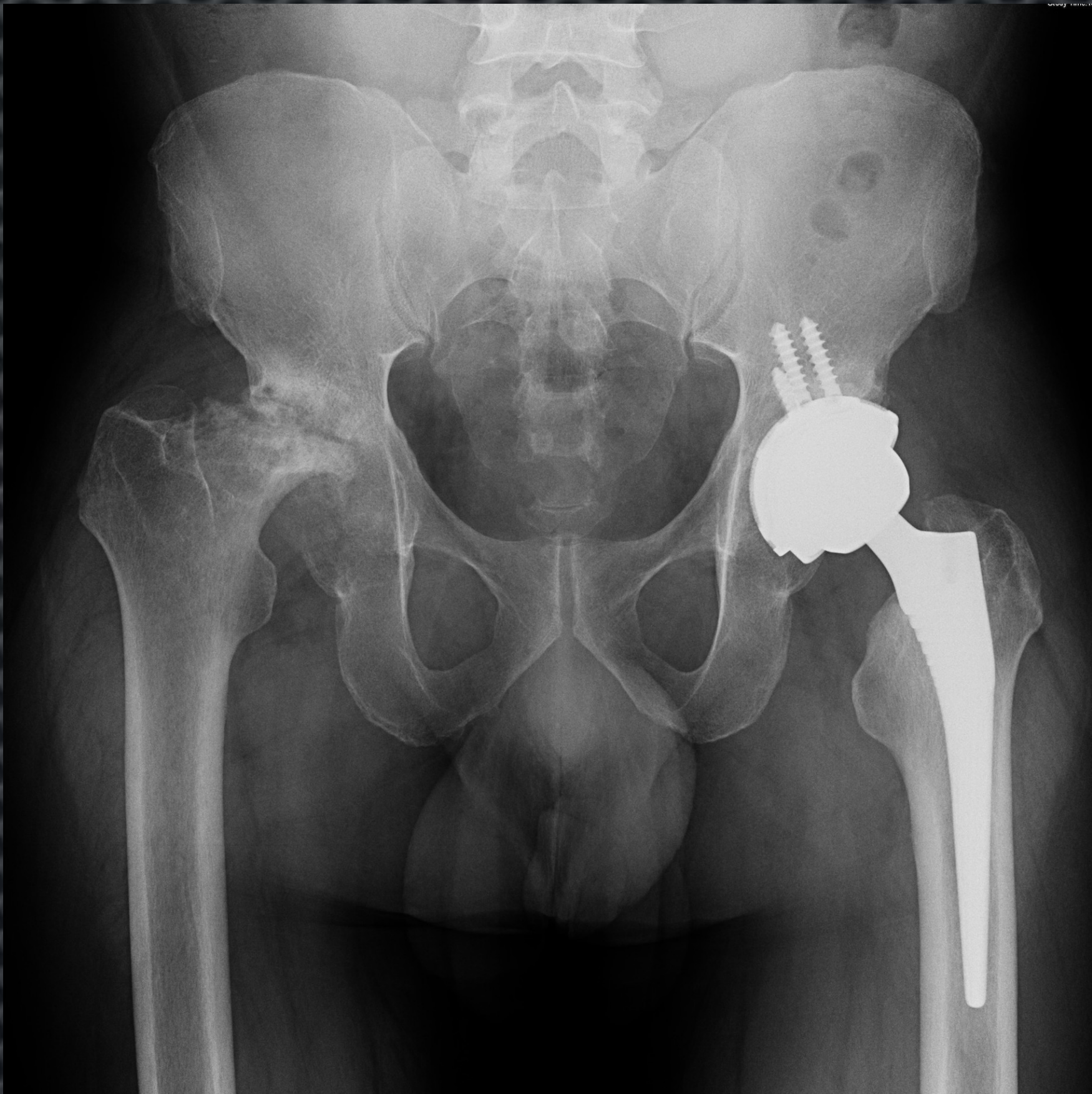
La incidencia de necrosis tras corticoides oscila entre 9-40% en estos pacientes, siendo necesaria la realización de una artroplastia en la mayoría de las ocasiones.

Describimos las particularidades de los pacientes con PTI en los que realizamos una artroplastia total de cadera.



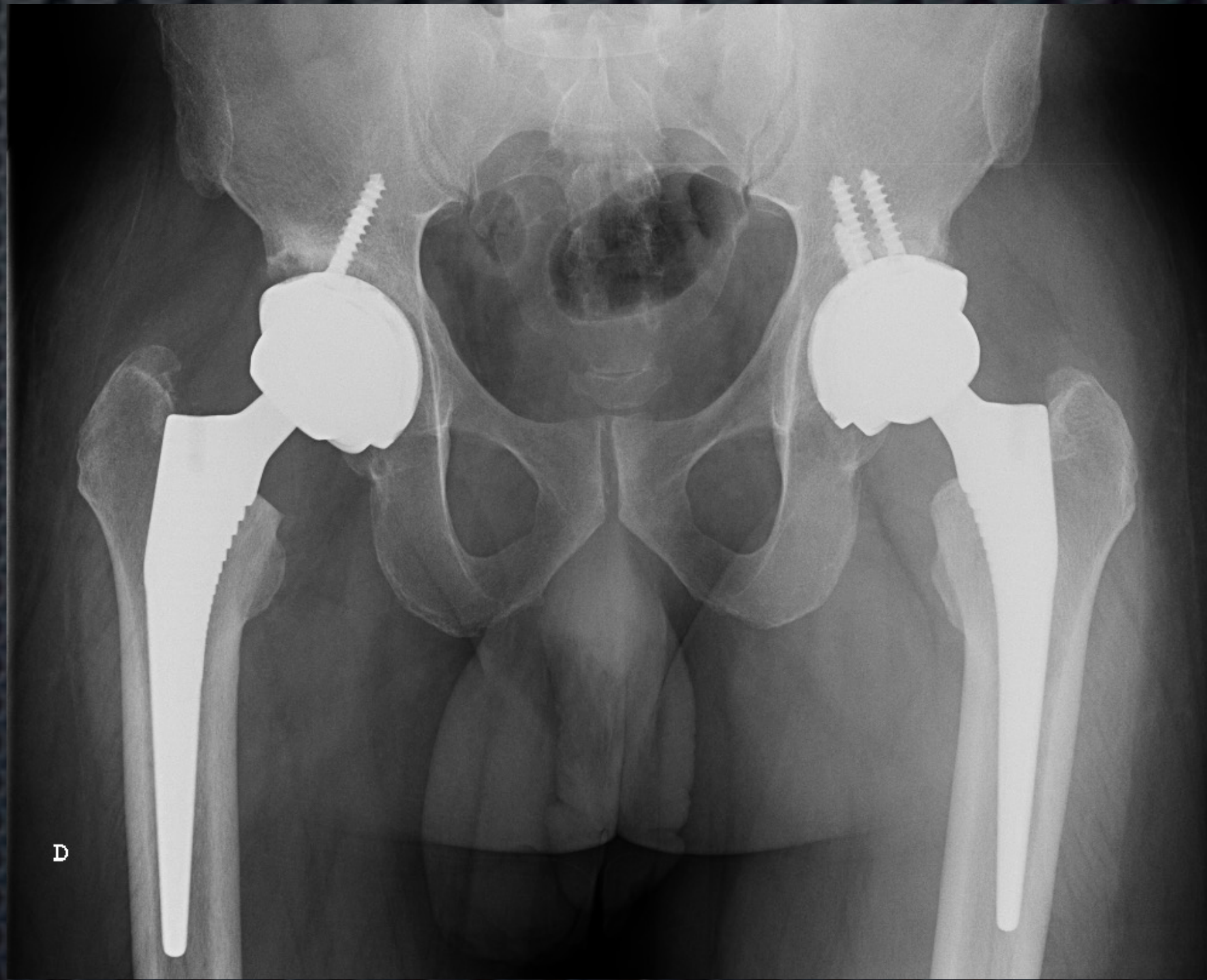
MATERIAL Y METODOS:

Varón de 44 años con PTI . No presentaba síntomas hemorrágicos frecuentes por lo que rechazó la esplenectomía y se trataba con corticoides, manteniendo plaquetas en torno a 50000/mm3. Presenta una coxalgia bilateral rápidamente progresiva con desarrollo de una necrosis avascular de la cabeza de fémur y una coxitis. Tras consultar con hematología se pauta inmunoglobulina iv para subir plaquetas por encima e 80000/mm3 para la realización de una artroplastia de cadera. Entre la primera-segunda intervención transcurrieron 6 meses, repitiendo el mismo procedimiento. Se implantaron cotilos de titanio trabecular, vástagos no cementado y par cerámica-cerámica mediante un abordaje postero-lateral.



RESULTADOS:

En el post-operatorio inmediato de la primera cirugía tuvo sangrado uretral y hematuria tras la retirada de la sonda vesical. Tras cada uno de los procedimientos se transfundieron de 2 concentrados de hemáties. Mas de 10 años de seguimiento con unos resultados clínicos con una mejora de Harris Hip Score de 21 a 92. Radiológicamente no hay signos de aflojamiento.



CONCLUSIONES:

La PTI puede provocar necrosis avascular y coxitis en pacientes jóvenes y precisar una artroplastia. Están descritas complicaciones peroperatorias por hemorragias, fallo renal, neumonías y sepsis. Los hematomas, la anemia con la necesidad de transfusiones y los distintos tratamientos elevan el riesgo de infección. Es necesario realizar una optimización del paciente previo a la cirugía con una colaboración estrecha con los hematólogos.