

Artroplastía de la Cadera con Prótesis Total de Sbarbaro

*M. Rull González J.
Jiménez Alcázar Renato
Valladares Rivera*

Los principios que deben orientarnos acerca de la indicación operatoria de la patología coxofemoral son: grado de deteriorización anatómica de esta articulación, uni o bilateralidad, valoración funcional de la columna lumbosacra y rodillas, psiquismo del paciente, edad y profesión.

Aparte de estas circunstancias hay que tener muy en cuenta las propias de la articulación, tales como el dolor, grados de movilidad y marcha.

Teniendo en cuenta la multiplicidad de factores, siempre es difícil la indicación para determinados casos. Si bien, hay indicaciones claras, como acontece en una coxartrosis de paciente joven, unilateral y que tiene una profesión que le exige un trabajo duro y con muchas horas de permanencia en pie, donde la artrodesis sigue siendo la indicación electiva, o el otro extremo de paciente de edad avanzada, donde una resección de Girdlestone o una prótesis total cementada del tipo que fuese, puede resolver la situación.

El problema de la indicación surge en un porcentaje grande de pacientes en el 3°, 4°, 5° decenios de la vida, donde a pesar de todo el arsenal terapéutico de que podemos disponer, la elección del tipo de intervención a realizar tiene que ser muy meditado. Este es el caso de pacientes jóvenes con artritis reumatoide, con espóndilo artritis anquilopoyética, con graves alteraciones coxofemorales y en gran número bilaterales, caso de necrosis idiopáticas bilaterales muy evolucionadas y en menor porcentaje, coxartrosis graves bilaterales.

En estas circunstancias, cuando con procedimientos más conservadores, tal como osteotomía, cúpulas, operación de Voss, etc., no vemos una solución satisfactoria, es donde está indicada la prótesis total, con la cual, por ahora, no creemos solucionado de forma definitiva, la grave invalidez que presentan, si no consideramos que son soluciones temporales a una posible cirugía iterativa, sobre dichas articulaciones en función de los años de supervivencia.

A pesar del progreso que la cirugía protésica ha experimentado en estos últimos años, con las Mac Kee-Farrar, la Charmley y la de Müller, así como la aparición de numerosos modelos, más y aún admitiendo que han adquirido un derecho de permanencia en el tratamiento de las coxopatías graves de la articulación coxofemoral, hay que reconocer también que aún quedan muchos problemas por resolver, amén de las complicaciones que subsisten en un porcentaje no despreciable de casos, complicaciones que se acrecientan a los 10-15 años vista y esta falta de años de experiencia postoperatoria, es la que por principio nos limita la indicación de ellas a pacientes con edades no inferiores a 60-65 años.

En principio las características propias de elasticidad de los distintos componentes que van a constituir la neo articulación, hueso-metal-plástico y cemento, explican la diferencia de comportamiento de estos materiales, ante la acción de los esfuerzos mecánicos a que están sometidos.

El cemento óseo, por la acción del calor desprendido durante su polimerización o por la acción tóxica del monómero, conduce a una necrosis inicial del hueso donde se implanta, calculado de 0,3 a 0,5 mm. y el proceso de revascularización de esta zona necrosada, tarda unos dos años aproximadamente, período éste, donde acontecen la mayor parte de los aflojamientos protésicos.

Hasta ahora, a pesar de la incompatibilidad biológica entre hueso y cemento, se ha conseguido un buen porcentaje de tolerancia clínica y es de esperar mejorarlos, cuando podamos disponer que el implante se una a los tejidos vecinos, formando con ellos una unidad funcional. Los estudios actuales con el empleo de derivados de sílice junto a la mayor perfección técnica en las modificaciones morfológicas que se van haciendo en ellas, mejor selección de los materiales empleados, pudiéndose reducir el coeficiente de fricción y demorar de esta manera el desgaste, reducirán el porcentaje de complicaciones que actualmente tenemos, ya que la revisión de estadísticas de miles de casos con 7-8 años de evolución, dan un 30% promedio, de algias postoperatorias debidas a aflojamiento de prótesis, lisis del cuello, deteriorización de las superficies de contacto¹, roturas del componente acetabular, roturas del componente femoral. Aparte de esto, la fibrosis de partes blandas periprotésicas con o sin calcificaciones muy extensas que deterioran grandemente el resultado funcional y finalmente en los casos de osteotomía del trocánter las algias dependientes de la pseudoartrosis, que se presentan como complicación de su proceso de consolidación.

La infección postoperatoria presenta también entre las inmediatas y las tardías, un porcentaje no subestimable, de alrededor de un 6 al 10%, según experiencia y medios de los distintos servicios, porcentaje que se duplica en los casos que hay que volver a recementar.

Al poder disponer de la prótesis de Sbarbaro que al fin y al cabo no es más que una modificación en la forma del anclaje de la prótesis acetabular de Urist, eliminamos las complicaciones derivadas del empleo del cemento y por tanto, por ahora, consideramos que puede ser la indicación electiva en estos pacientes jóvenes o en edad media, en donde la prótesis cementada fuese la indicación obligada. El posible cambio de dicha prótesis reduce considerablemente las complicaciones que se presentan en las reintervenciones con prótesis cementadas (infección, fibrosis, etc.) y con las cuales podemos ganar tiempo para ulteriormente, al cabo de los años, en los pacientes de edad media más avanzada, emplear la que podemos considerar definitiva en función de su edad y condiciones generales del paciente.

Nuestra experiencia se remonta a dos años, habiéndola empleado en cinco casos, unilateralmente.

CASO 1. — (Fig. 1-2-3-4) varón de 41 años. Asmático con tratamiento con glucocorticoides durante año y medio. Marino. Necrosis idiopática bilateral de ambas caderas, muy evolucionada la izquierda, con 6 meses de evolución clínica y 1 mes de evolución clínica en cadera derecha. Prótesis total Sbarbaro en cadera izquierda. Forage-Osteotomía de varización y derotatoria derecha. Flexión 100°, extensión 180°, abducción 20°, adducción 30°, rotación interna 15°, rotación externa 30°. Magnífico resultado funcional. Carga indolora.

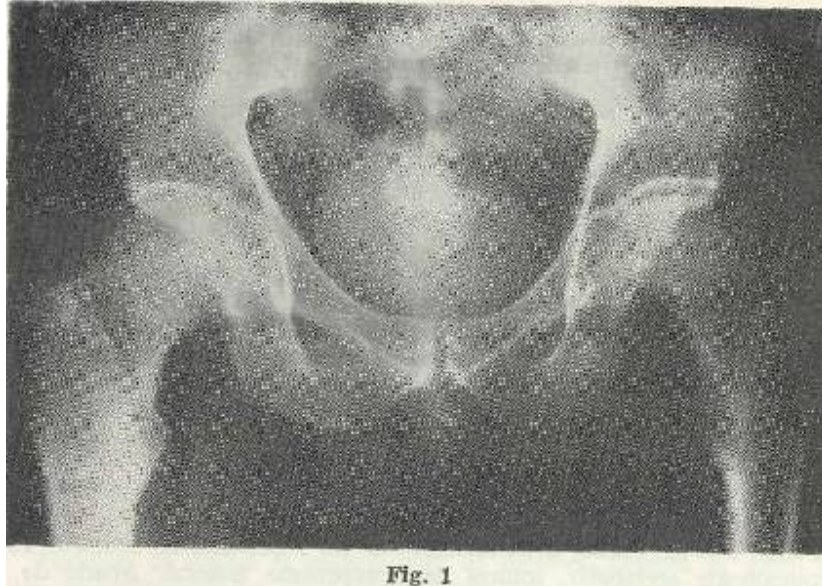


Fig. 1
Radiografía anteroposterior. Necrosis idiopática muy evolucionada en articulación coxofemoral izquierda, con hundimiento del triángulo neurótico. En cadera derecha necrosis idiopática en un estadio muy inicial.

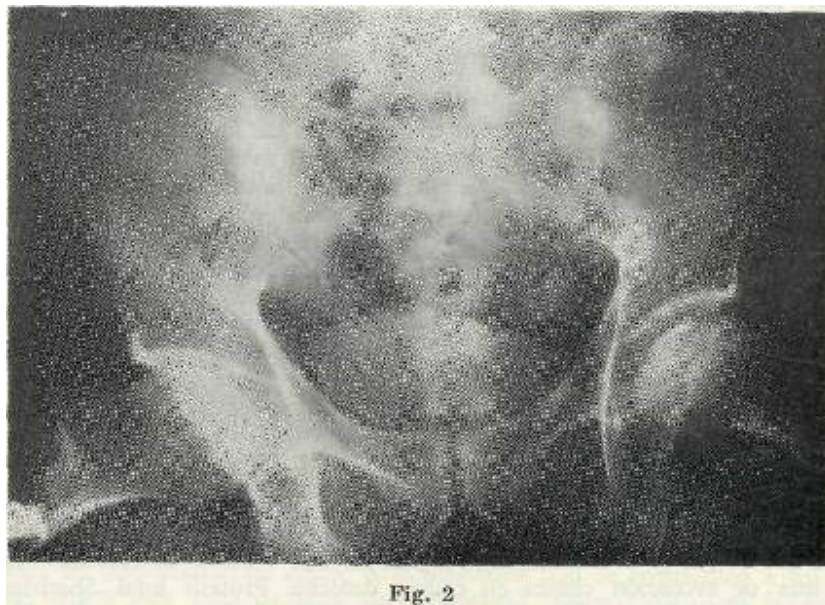


Fig. 2
Proyección axial de ambas caderas donde se observa más claramente el hundimiento de la zona necrosada de cabeza femoral.

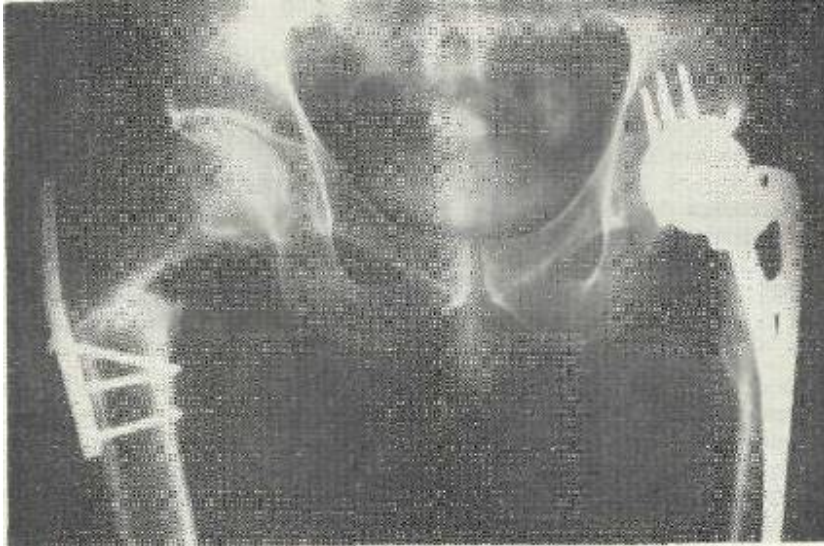


Fig. 3

Prótesis de Sbarbaro izquierda y osteotomía de varización y desrotación derecha.

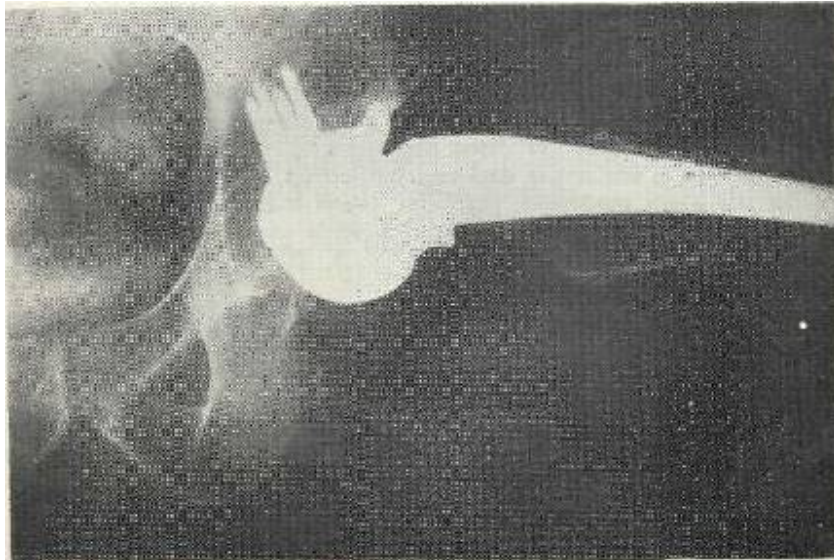


Fig. 4

Proyección axial de la prótesis de Sbarbaro-

CASO 2.—Varón de 46 años. Necrosis idiopática bilateral de caderas. Derecha muy evolucionada. Prótesis total Sbarbaro. Izquierda de evolución media, cúpula de Aufranc. Flexión 110°, extensión 180°, abducción 25°, adducción 30°, rotación interna 20° rotación externa 35°. No dolor a la carga. Buen resultado funcional.

CASO 3.—Varón de 53 años. Prótesis total Sbarbaro derecha y osteotomía varicación izquierda.

CASO 4.—36 años. Espondiloartritis anquilopoyética. 10 años en cama. Anquilosis cadera derecha. Resección articular y prótesis de Sbarbaro. Movilidad. Cadera izquierda cup de Aufranc.

CASO 5.—Varón de 40 años. Militar. Coxartrosis bilateral grave, con erosiones destructivas en cadera izquierda. Prótesis de Sbarbaro. Derecha cúpula.

Bajo el punto de vista técnico, la colocación del componente acetabular de esta prótesis es más difícil, que cuando se emplean prótesis cementadas. El aparato guía para perforar acetábulo es de empleo engorroso y esto lo hemos obviado con unas cúpulas guías que hemos mandado fabricar, con lo cual no solo nos facilita la elección del tamaño del componente acetabular, sino también reducir la exposición del campo operatorio.

Los injertos que rellenan las ventanas del componente femoral, que en realidad es una prótesis de A. Moore, deben tener buen contacto con la cortical diafisaria, procurando antes de su introducción, completar un buen relleno de los espacios libres con hueso esponjoso.

Como de la estabilidad de este componente van a depender en gran parte el resultado funcional, la reeducación postoperatoria siempre es, en descarga y no permitimos la carga parcial hasta los tres meses de la intervención y la carga total a partir de los siete meses.

El tiempo nos dirá el porcentaje de movilización secundaria que pueda tener el neoacetábulo y la tolerancia clínica que de ello derive. Debesyre encontró en la revisión hecha sobre 60 casos personales en que combinaba la prótesis de A. Moore con la acetabular de Urist, que en un 34% de ellos, la vascularización del cotilo era moderada, pero con buena tolerancia clínica, como si se asistiese a una cierta adaptación progresiva de la cúpula metálica en su cotilo óseo.

Esta aportación que hacemos, a modo de comunicación previa carece de un número de pacientes y de años, para sacar conclusiones válidas. Nuestro objetivo es el estímulo al empleo de ella para conseguir una mayor experiencia y con las subsiguientes mejoras técnicas que han de ir surgiendo, nos permita conseguir un gran beneficio clínico y una recuperación a una vida normal, de este no despreciable número de pacientes, invalidados por una coxopatía grave.