

MIGRACIÓN INTRAPÉLVICA DE COMPONENTE FEMORAL DE PRUEBA.

RIESGOS VERSUS BENEFICIOS DE EXTRACCIÓN.

Adriana Lozano Obispo, Luis Alfredo Fuentes Dávila-Bao, Cristina Jiménez Carrasco, Ainhoa Paulete García, Abel Ganso Pérez, José Antonio Queiruga Dios. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. Cáceres.

INTRODUCCIÓN:

La artroplastia total de cadera es una cirugía segura pero no está exenta de complicaciones intraoperatorias como la luxación y migración intrapélvica de la cabeza femoral de prueba durante las maniobras de reducción (3)
Ante este suceso se debe valorar individualmente la cirugía de extracción o no, teniendo en cuenta los riesgos posibles como hernias, daño neurovascular o daños urológicos (1)

CASO CLÍNICO:

Varón de 90 años sin alergias medicamentosas conocidas que en el año 2006 se le realiza una artroplastia total de cadera izqda. por presentar coxartrosis incapacitante de larga evolución. En la intervención, se procede con el paciente en decúbito lateral dcho., mediante un abordaje de Hardinge, a la implantación de una prótesis total tipo Furlong (MBA), con un cotilo de 50 mm fijado con dos tornillos, polietileno del mismo tamaño y un vástago femoral no cementado de 10 mm con una cabeza de cerámica tamaño estándar.

Durante las maniobras de reducción y pruebas de estabilidad con los componentes de prueba, la cabeza femoral se desencaja del cuello del vástago e incidentalmente, se produce una migración intrapélvica de la misma en el espesor del músculo ilíopsoas. Tras varios intentos de alcanzarla por palpación y mediante pinzas, se alojó más profundamente y valorando los riesgos versus los beneficios de intento de extracción, se decide dejar alojada en la pelvis y terminar la cirugía (Fig. 1), siendo alta a los cinco días por buena evolución. En los sucesivos controles anuales el paciente se encuentra asintomático y sin alteraciones radiológica.

En la revisión de 2011 el paciente refiere dolor ocasional en región ilíaca izqda., por lo que se decide solicitar un TC de control. En él, se objetiva entre el músculo psoas y el músculo y hueso ilíaco la presencia de un cuerpo extraño de elevada densidad de 2,7 cm de diámetro, sin colecciones anómalas adyacentes, con un sutil aumento del grosor del músculo ilíaco y adenopatías ilíacas ipsilaterales que pudieran ser reactivas (Fig. 2). Ante la clínica ocasional de molestias se plantea junto con el paciente la observación, y se descarta la intervención quirúrgica en ese momento para extracción.

Actualmente el paciente está asintomático y continua con buen control clínico-radiológico de su cadera protésica (Fig 3).

Figura 1. Flecha: Prueba cabeza femoral

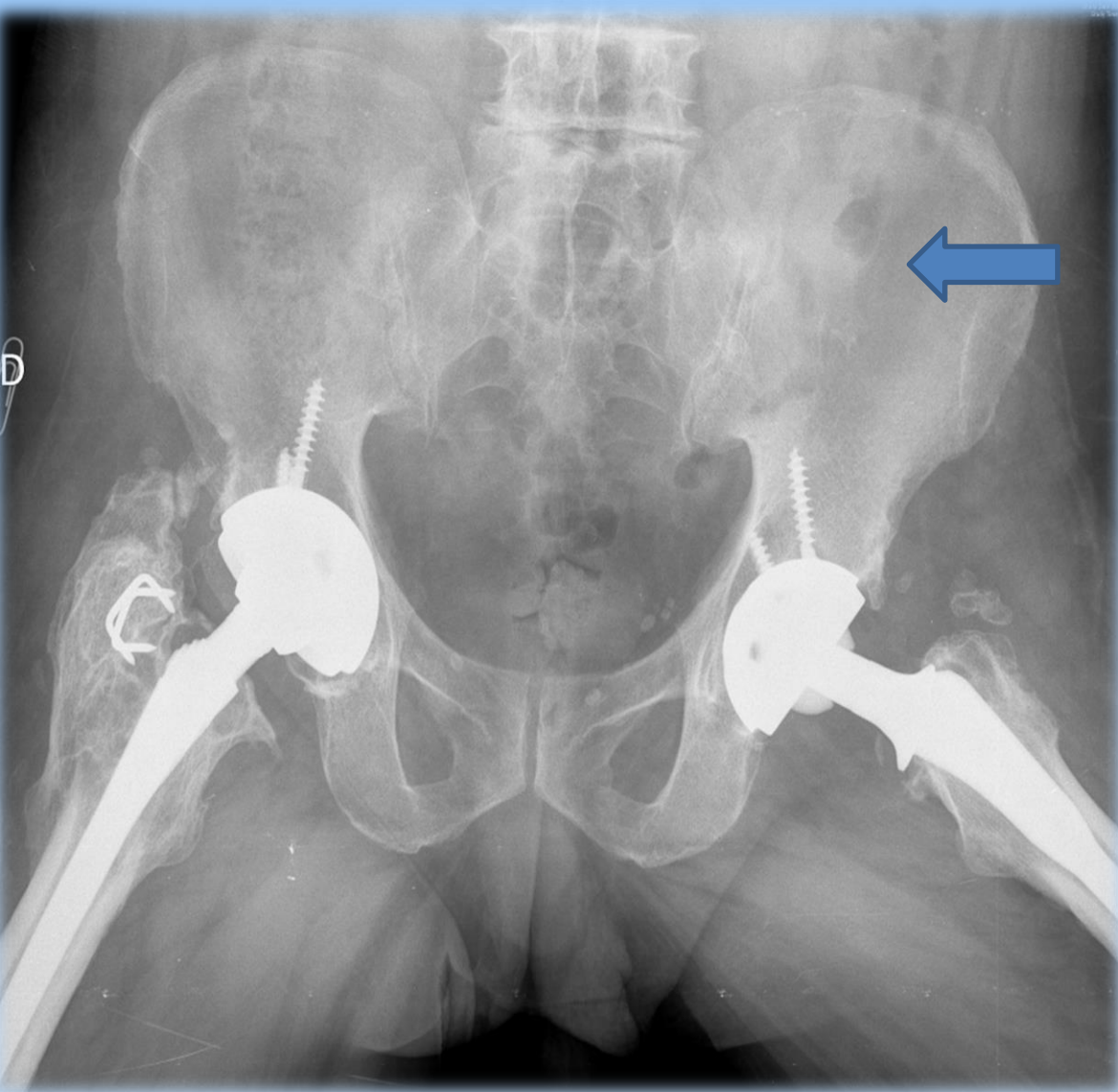


Figura 2

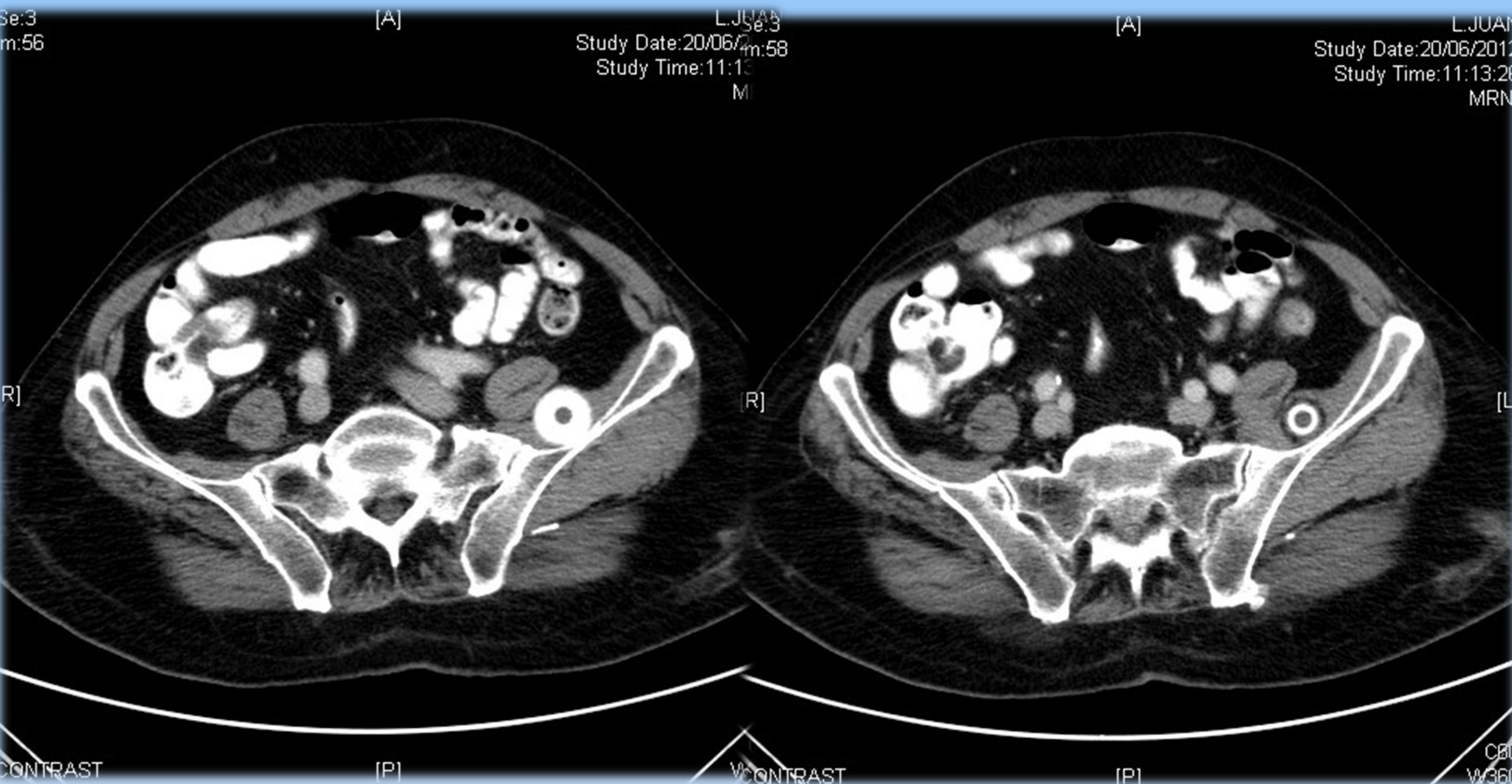
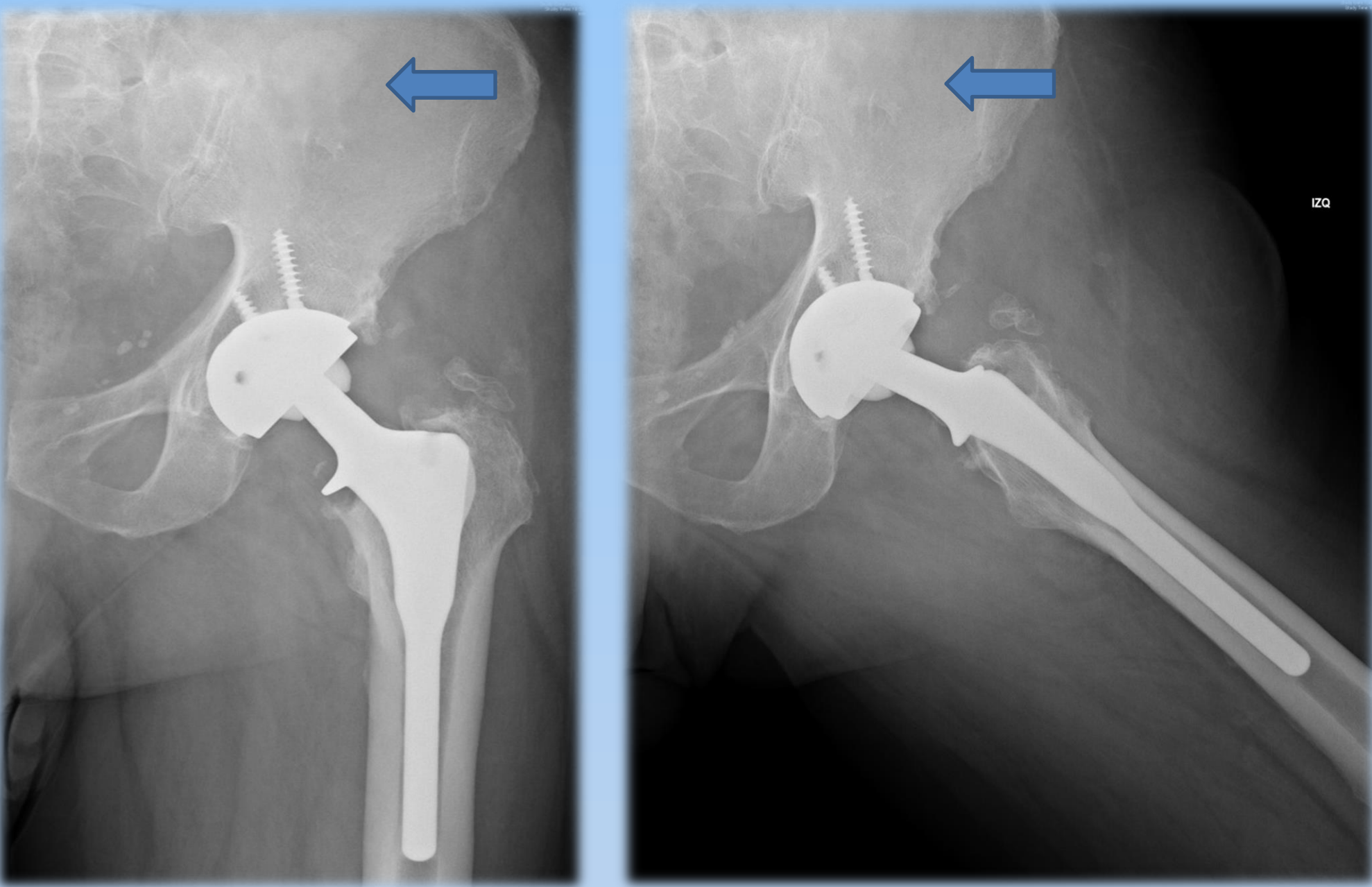


Figura 3. Flecha: Prueba cabeza femoral



DISCUSIÓN:

- Existen múltiples casos publicados de disociación de la cabeza femoral de prueba del vástago durante los test de estabilidad y su migración intrapélvica (1).
- Parece que algunos de los factores que pueden predisponer podrían ser la atrofia de la musculatura ilio-psoas, así como la interposición de la cápsula en el espacio acetabular (2).
- Estas migraciones intrapélvicas suponen un dilema para el cirujano, en cuanto a la necesidad o no de extracción, ya que en la mayoría de los casos, requeriría de otro abordaje (ventral) y de un acceso retroperitoneal (2,4) e incluso en ocasiones la necesidad de una laparotomía (3)
- Se deben valorar los riesgos frente a los beneficios ya que si no comprime ninguna estructura vital y no produce dolor abdominal o pérdida de movilidad no parece ser necesaria la cirugía para extracción (1,2). Además no suelen existir complicaciones debido a su forma esférica y tratarse de material estéril (2)
- Aunque son desconocidos los efectos a largo plazo, hay autores que creen que es deseable su extracción en pacientes jóvenes y otros, en todos los casos (2). Pero también existen estudios en los que se han dejado alojados intrapélvicos y los pacientes han estado asintomáticos (1).
- En el caso de plantearse la cirugía de extracción o si el paciente tuviese síntomas es difícil determinar la localización con una radiografía, por lo que se recomienda una TC (1).

Bibliografía:

1. Keith A. Fehring MD, Daniel J. Berry MD. Dissociation and Intrapelvic Entrapment of a Dual-mobility Polyethylene Component. *Clin Orthop Relat Res* (2016) 474:1072–1076
2. Takahito Miyake, MD, Akio Kanda, MD, PhD, Itaru Morahashi, MD, Osamu Obayashi, MD, PhD, Atsuhiko Mogami, MD, PhD, Kazuo Kaneko, MD, PhD. Intraoperative dislocation of the trial bipolar cup into the pelvis during bipolar hip arthroplasty: A case report. *Annals of Medicine and Surgery* 18 (2017) 6-9.
3. Mustafa Citak, Till Orla Klatte, Akos Zahar, Kimberly Day, Daniel Kendoff, Thorsten Gehrke, Arnulf Dörner and Matthias Gebauer. Intrapelvic Dislocation of a Femoral Trial Head During Primary Total Hip Arthroplasty Requiring Laparotomy for Retrieval. *The Open Orthopaedics Journal*, 2013, 7, 169-171.
4. John J. Callaghan, M.D., Chris McAndrew, B.A., Clifford K. Boese, M.D., and Erin Forest, M.D. Intrapelvic Migration of the Trial Femoral Head during Total Hip Arthroplasty: Is Retrieval Necessary? A Report of Four Cases. *Iowa Orthop J.* 2006; 26: 60–62.