

ROTURA DE INSERTO CERÁMICO: SOSPECHA DIAGNÓSTICA Y URGENCIA TERAPEÚTICA.

Fernando Trell Lesmes*, Francisco Javier Fernández Doral*, Alfonso Utrillas Compaired**, Mónica Martínez Maside*.

Hospital Universitario de Fuenlabrada. ** Hospital Universitario de Guadalajara.

INTRODUCCIÓN

Con la realización de artroplastias en pacientes cada vez mas jóvenes, han hecho que el uso de pares de fricción duros que generen pocas partículas de desgaste y causen poca reacción tisular, sea cada vez mas frecuentes.

La evolución en el desarrollo de las cerámicas ha proporcionado una disminución en sus posibles complicaciones como son las fracturas de inserto acetabular o de la cabeza femoral o los incómodos ruidos/chirridos articulares.

Las tasa de rotura de cerámicas de 4ª generación han disminuido hasta un 0,002% según los fabricantes.

OBJETIVO

Describir el diagnóstico precoz con una sospecha dirigida así como una vez identificada, la actuación precoz con una cirugía con sinovectomía amplia y la discusión sobre el nuevo par de fricción a elegir.



Radiografías AP de pelvis y axial de cadera pre-operatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS



Radiografías AP y axial de cadera post-operatorias inmediatas.

Varón de 55 años con diagnóstico de coxartrosis derecha con estudios clínico-radiológicos. Es intervenido realizándose una artroplastia total de cadera no cementada con un par de fricción cerámica-cerámica con cabeza de 36 mm con cuello +1 mm sin incidencias y con un control radiológico post-operatorio inmediato satisfactorio.

En la primera revisión en consulta al mes, el paciente acude deambulando pero con sensación de ruidos y crepitación. No refiere traumatismos.

En el estudio radiológico se objetiva rotura del inserto cerámico por lo que en 48 horas realizamos cirugía de revisión retirando el inserto cerámico y todos los fragmentos visibles y una amplia sinovectomía. La cabeza cerámica, el cono del vástago y el cotilo metálico no estaban dañados. Con componentes de prueba se comprueba orientación, movilidad, estabilidad y ausencia de choque.

Recambiamos el inserto y la cabeza con nuevo par cerámica-cerámica con cabeza de 36 mm con cuello +8mm.

RESULTADOS

Tras 5 años de seguimiento los controles clínico-radiológicos son satisfactorios sin mostrar signos de nueva rotura ni lisis.

La extremidad se alargó, ya que debido a la sinovectomía ampliada optamos por una mayor tensión de las partes blanda



Radiografías AP y axial de cadera a 1 mes con rotura del inserto. Fotos del inserto cerámico dañado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



Radiografías AP y axial de cadera post-operatorias inmediatas tras recambio del inserto.

Las roturas de cerámica están descritas entre 0-3% según la literatura, pero con la 4ª generación ha descendido hasta un 0,002% según los fabricantes.

Entre las causas técnicas buscaremos problemas en el mal asentamiento del inserto y en la orientación de los componentes que condicionan un choque (anteversión excesiva del cotilo fundamentalmente). En nuestro caso la orientación adecuada, la ausencia de choque y la aparición precoz nos hace pensar que se debió a un mal asentamiento inicial.

La realización de un TAC sería de utilidad para la confirmación de la rotura del inserto en casos de duda, o para confirmar la orientación de los componentes .

La diseminación de los fragmentos de cerámica dentro de la articulación y la abrasión al cono del vástago y cotilo metálico hacen necesaria la cirugía de revisión sin demora.

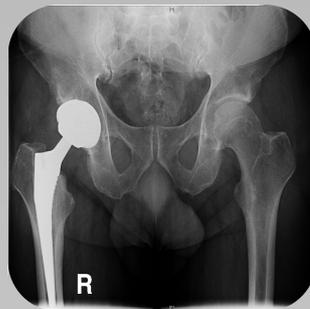
La sinovectomía ampliada es necesaria para intentar asegurar la retirada completa de la partículas de cerámica, ya que si no las consecuencias del desgaste del nuevo par de fricción serían catastróficas.

Se comprobará la no abrasión del resto de componentes y el estado del mecanismo de bloqueo del inserto acetabular, ya que si no no estuvieran en buen estado, el recambio sería lo recomendable. El cirujano debe estar preparado para la retirada de componentes fijos.

Existe discusión en la literatura sobre el nuevo par de fricción a utilizar. Se han descrito casos de toxicidad a metales por el uso de el par metal-polietileno debido a la erosión del cabeza metálica.

El uso de un nuevo par cerámica-cerámica o cerámica-polietileno son los recomendados por la literatura.

Si es posible con cerámicas de 4ª generación y la cabeza cerámica con manguito de titanio.



Radiografías AP y axial de a los 5 años tras recambio del inserto.