

Megaprótesis de cadera como solución final a una infección crónica



Fernando López-Navarro Morillo¹, Pablo Puertas García-Sandoval¹, Jose Sánchez Archidona¹, Luis Clavel Rojo¹, Javier Cabo Díez¹, Jesús García García¹
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Mail: lopeznavarromf@gmail.com

HCUVA
Cirugía Ortopédica y
Traumatología

Objetivo

Uso de una megaprótesis de cadera, implantada en dos tiempos, como alternativa de tratamiento ante una infección crónica de una prótesis de cadera.

Material y métodos

Presentamos el caso de una mujer de 84 años portadora de una artroplastia total de cadera derecha desde hace seis años, que acude a la consulta por coxalgia en reposo, asociada a impotencia funcional de la misma. Ha sido intervenida en otro centro hospitalario en cinco ocasiones por infección repetida de la prótesis.

Como antecedentes personales, destacan la obesidad y displasia congénita de cadera derecha. A la exploración se muestra afebril, con la cadera derecha en posición de flexo de cadera, que a su vez presenta dolor a la movilización activa, aunque el balance articular pasivo se muestra conservado. No se encuentra una tumefacción evidente, aunque se observa una fistula, por la que drena de manera intermitente material purulento.

Se toman cultivos para estudio microbiológico habitual, que dieron resultados negativos de manera repetida.

Resultados

Una vez confirmada la presencia de infección en la prótesis de cadera, se interviene mediante un primer tiempo, en el que se realiza fistulectomía amplia, con recogida de cultivos intraoperatorios de distintas zonas (positivos para *Corynebacterium* spp). Se observa el cotilo completamente aflojado, que se retira junto al vástago femoral y se deja cemento con triple antibioticoterapia en cotilo y diáfisis femoral, además de limpiar profusamente con cepillo y pistola pulsátil.

En un segundo tiempo, tras seis semanas con antibioticoterapia intravenosa, se procede a la retirada del cemento, remodelado de la cicatriz, nueva limpieza abundante, toma de muestras para cultivos, y colocación de un nuevo espaciador de cemento.

Diez semanas después, se vuelve a retirar el espaciador de cemento y se implanta una megaprótesis de cadera derecha, con un cotilo de triple movilidad atornillado, hecho a medida, y un vástago femoral cementado de 135mm.

Tras la intervención, la paciente recibe tratamiento con terapia de presión negativa para una correcta evolución de la herida, consiguiendo un control clínico y radiológico satisfactorio.

Se da de alta tras dos semanas de tratamiento antibiótico intravenoso. En consulta, la paciente no refiere complicaciones de la herida y mantiene un balance articular adecuado, sin fiebre ni otra sintomatología desde la intervención.

Conclusiones

La implantación de una megaprótesis de cadera puede ser una alternativa válida como tratamiento definitivo de infección protésica crónica, ya que permite ampliar el nivel de osteotomía y es una opción mucho más funcional que una artroplastia de resección (Girdlestone).

En primer lugar, es importante confirmar la presencia de una infección protésica (criterios mayores y menores), y diferenciar si ésta se ha producido de manera precoz (primer mes), intermedia (entre el segundo y el cuarto mes) y tardía (a partir de los seis meses).

En cuanto a su tratamiento, se recomienda el recambio de la prótesis en dos tiempos (en infecciones a partir del mes), pudiendo realizar todos los desbridamientos necesarios antes de implantar la nueva artroplastia, asegurándonos de que la infección ha sido erradicada previamente.

Igual de importantes son todas las medidas de asepsia que se toman en quirófano.

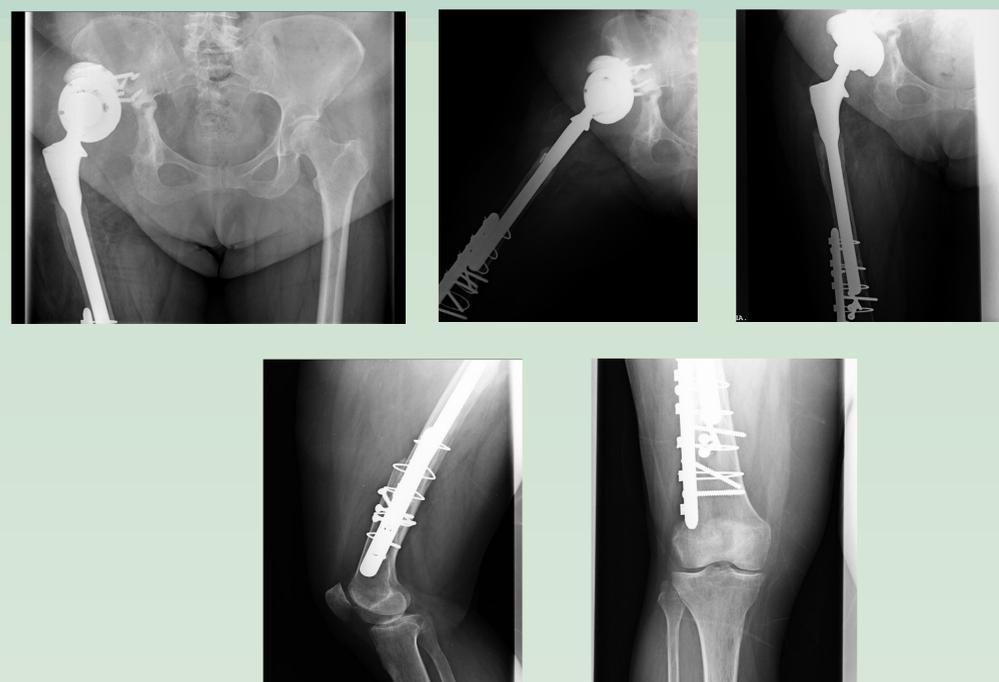
Imágenes radiográficas tras primer tiempo quirúrgico



Imágenes intraoperatorias del segundo tiempo quirúrgico



Imágenes radiográficas tras tercer tiempo quirúrgico



Agradecimientos

Me gustaría agradecer a todos los participantes en el trabajo su esfuerzo y dedicación, así como a todo el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Virgen de la Arrixaca, ya que sin su ayuda la resolución del caso no hubiera sido posible.



Bibliografía:

1. Parvizi, J., Tan, T., Goswami, K., Higuera, C., Della Valle, C., Chen, A.F. et al. The 2018 definition of periprosthetic hip and knee infection: an evidence based and validated criteria. *J Arthroplasty*. 2018; 33: 1309-1314
2. Barrientos C, Barahona M, Olivares R. Managing an Acute and Chronic Periprosthetic Infection. *Case Rep Orthop*. 2017;2017:6732318.
3. Riesgo A, Liporace F. Strategies for Management of Periprosthetic Joint Infection. *Bull Hosp Jt Dis* 2013. marzo de 2018;76(1):55-61.