

# Rotura de la arteria ilíaca externa derecha por migración retroperitoneal de una prótesis total de cadera

Martín del Olmo\* - Fdez. de Caleya\*\* - Duarte\*\* - González de Diego\*\* - Egido\* - Trinchet\*

Hospital General Gregorio Marañón  
Madrid (España)

## RESUMEN

Se presenta un caso de rotura de la arteria ilíaca externa derecha, por lesión directa producida por un tornillo que sobresalía de la masa de metilmetacrilato de una prótesis total de cadera (PTC) colocada varios años antes, en una mujer de 63 años. La clínica debutó de forma atípica en un primer momento para, tras un intervalo de unas tres semanas, terminar en un cuadro de «shock» hipovolémico y masa pulsátil en fosa ilíaca derecha. Se concluye que ante la presencia de cuadros isquémicos poco claros en pacientes portadores de una PTC se debe tener en cuenta la posibilidad de complicaciones vasculares derivadas de problemas a nivel de la prótesis. La arteriografía puede ser de gran utilidad en estas ocasiones, especialmente si se va a revisar quirúrgicamente la PTC.

## SUMMARY

A case of right external iliac artery rupture because of direct injury produced by a screw jutted out of the metilmetacrilate mass of a total hip prosthesis setted some years ago, is presented. Clinic began in an atypical manner, finishing with an hypovolemic shock and a pulsatile mass in right iliac fossa. Arteriography can be very useful in such cases.

## Introducción

Entre las complicaciones más comúnmente derivadas de la colocación de una prótesis total de cadera (PTC) están la subluxación, la infección y la lesión de estructuras adyacentes durante el acto quirúrgico (1, 9, 11). Las lesiones vasculares

suponen un capítulo pequeño pero importante de éstas (2, 3, 6, 10, 14). Los vasos ilíacos son los más frecuentemente afectados, dadas sus relaciones anatómicas con el acetábulo (10, 11).

Están descritas lesiones vasculares directas con el empleo de osteotomos y retractores (2, 5, 7, 12, 13), durante la retirada de prótesis previamente colocadas (6, 10), o

por espículas de metilmetacrilato (2, 13). También se han podido observar lesiones indirectas producidas por el calor desprendido por este último material al fragar (4, 8). Matos (7) y Nachbur (8) han podido observar trombosis de los vasos ilíacos por compresión de la prótesis sobre los mismos. Otra rara complicación es la formación de un aneurisma micótico de la arteria ilíaca externa por protusión de la prótesis a través de la pared medial del acetábulo (11).

En el presente artículo presentamos un caso de rotura traumática de la arteria ilíaca externa derecha por migración retroperitoneal del acetábulo de una PTC implantada varios años antes.

## Caso clínico

Paciente hembra de 63 años, a quien varios años antes se le había colocado una PTC bilateral tipo Müller. Ingresa de urgencia en enero de 1987 por presentar un cuadro de dolor distal en miembro inferior derecho, de una semana de evolución. En la exploración física destaca la ausencia de los pulsos pedio y tibial posterior, conservando el femoral y poplíteo en el lado afecto. Asimismo, presentaba discreta frialdad respecto al miembro contralateral, pero sin impotencia funcional ni alteraciones de la sensibilidad. Las exploraciones complementarias de rutina (analítica, ECG, ecocardiograma, radiología de tórax) estaban dentro de los límites

\* S. de Cirugía General I.

\*\* S. de Cirugía Cardiovascular.

normales. La radiología abdominal demostraba un desplazamiento parcial de la PTC del lado derecho (fig. 1).



Fig. 1  
Radiografía  
anteroposterior  
de la pelvis.

Con el diagnóstico previo de embolismo arterioarterial fue ingresada y se inició tratamiento con vasodilatadores y heparina. En los días sucesivos el cuadro clínico fue mejorando progresivamente, llegando a recuperar los pulsos tibial posterior y pedio. En la tercera semana de su ingreso, una vez desaparecida su clínica y estando siendo evaluada por el Servicio de Traumatología con vistas a una posible reintervención de la cadera derecha, presenta un cuadro súbito de hipotensión arterial, palidez, sudoración, inestabilidad hemodinámica y dolor abdominal. La exploración física demuestra la existencia de una masa pulsátil en fosa ilíaca derecha. El hematológico urgente evidencia un descenso del valor hematocrito hasta el 21% y una hemoglobina de 6,5 gr.

Con el diagnóstico de sospecha de hematoma retroperitoneal expansivo se practica laparotomía exploradora, confirmándose la presencia retroperitoneal de un gran hematoma que se extiende desde la fosa ilíaca derecha hasta la celda renal del mismo lado. Se clam-

pa la aorta abdominal por debajo de las arterias renales y se abre el retroperitoneo movilizando el colon ascendente. Tras evacuar el hema-

como sucedió en el caso que presentamos. Nosotros interpretamos como vasoespasio secundario a un embolismo arterioarterial lo que en realidad era la primera manifestación de la lesión arterial por el tornillo sobresaliente de prótesis.

Pensamos que se debe tener en cuenta la posibilidad de una lesión vascular en aquellos pacientes portadores de una PTC que presenten cuadros isquémicos atípicos. También y de acuerdo con otros autores (10), estimamos que el estudio arteriográfico previo en pacientes portadores de una PTC y que vayan a recibir una cirugía a ese nivel puede ayudar a detectar relaciones patológicas entre la prótesis y el sector vascular ilíaco y, de esta forma, prevenir accidentes intraoperatorios.

## BIBLIOGRAFIA

1. AMSTUTZ, H. C.: «Clin. Orthop.», 72: 123, 1970.
2. DORR, L. D.: «J. Bone Joint Surg.», 56A: 1059, 1974.
3. DUMAMAN, A. V.: «J. Bone Joint Surg.», 51A: 103, 1969.
4. HIRSCH, S. A.: «Arch. Surg.», 11: 204, 1976.
5. KROESE, A.: «Acta Orthop. Scand.», 46: 119, 1975.
6. MALLORY, T. H.: «J. Bone Joint Surg.», 54A: 276, 1972.
7. MATOS, M. H.: «J. Bone Joint Surg.», 61A: 24, 1979.
8. NACHBUR, B.: «Clin. Orthop.», 141: 122, 1979.
9. PATTERSON, F. P.: «J. Bone Joint Surg.», 54A: 257, 1972.
10. REILEY, M. A.: «Clin. Orthop.», 186: 23, 1984.
11. Ryan, J. A.: «Clin. Orthop.», 186: 57, 1984.
12. SALAMA, R.: «Clin. Orthop.», 89: 143, 1972.
13. SCULLIN, J. P.: «Clin. Orthop.», 113: 145, 1975.
14. TKCZUK, H.: «Acta Orthop. Scand.», 47: 317, 1976.