

Reemplazos totales de cadera. Resultados y complicaciones

E.A. Salvati y P.D. Wilson, Jr.

Hospital for Special Surgery Cornell University, New York.

Publicado en *Revista de Ortopedia y Traumatología* vol. XV, fasc. 1.º, págs. 81-88, 1971

Durante el período agosto 1967-agosto 1970 han sido realizados 300 reemplazos totales de cadera en el Hospital for Special Surgery.

El diagnóstico etiológico de los casos operados fue el siguiente:

Coxartrosis primaria	163
Coxartrosis secundaria	10
Artritis reumatoidea	75
Fracaso de previas artroplastias	30
Postraumáticas idiopática	8
Necrosis avascular idiopática	8
Espondilitis anquilopoyética	6

La edad media, máxima y mínima en los distintos grupos etiológicos fue la siguiente:

Coxartrosis primaria: media, sesenta y seis años y medio; máxima, ochenta y cinco; mínima, cincuenta y uno.

Coxartrosis secundaria: media, cincuenta años; máxima, sesenta y uno; mínima, cuarenta y cuatro.

Artritis reumatoidea: media, cincuenta y cuatro años y medio; máxima, setenta y seis; mínima, veintiséis.

Fracaso de previas artroplastias: media, sesenta y tres años; máxima, setenta y siete; mínima, treinta y ocho.

Postraumáticas: media, sesenta y siete años y medio; máxima, ochenta y uno; mínima, cuarenta y seis.

Necrosis avascular idiopática: media, cincuenta y dos años; máxima, cincuenta y ocho; mínima, cuarenta y dos.

Espondilitis anquilopoyética: media, treinta y ocho años y medio; máxima, cuarenta y siete; mínima, veintisiete.

Las prótesis utilizadas fueron de tipo McKee-Farrar en 180 casos y de tipo Charnley en 120 casos. El abordaje lateral, con osteotomía del trocánter mayor, fue realizado en la gran mayoría de las intervenciones. Todas las prótesis fueron fijadas con metilmetacrilato.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La evaluación de los resultados fue basada sobre cuatro parámetros: dolor, marcha, movimiento articular y fuerza muscular, y capacidad funcional.

Dichos parámetros fueron clasificados de acuerdo al siguiente esquema (basado en la clasificación de Merle d'Aubigné-Postel):

Dolor

0. Dolor continuo, insoportable. Analgésicos potentes frecuentemente.
2. Dolor continuo, soportable. Analgésicos potentes ocasionalmente. Salicilatos frecuentemente.
4. Dolor leve y ocasional en reposo. Dolor moderado con el movimiento y apoyo. Salicilatos moderadamente.
6. Dolor leve con actividad y apoyo. Salicilatos ocasionalmente.
8. Dolor ocasional o con cambios de clima.
10. Sin dolor en absoluto.

Marcha

0. Postrado en cama.
2. Reducido a la cama y silla de ruedas.
4. Camina con muletas o bastones en ambos lados, menos de dos manzanas.
6. Camina con un solo bastón o muleta más de cinco manzanas.
8. Camina sin bastón o muleta en casa. Afuera, con o sin bastón, distancia ilimitada. Leve cojera.
10. Camina normalmente.

Movimiento articular y fuerza muscular

0. Anquilosada en posición viciosa.
2. Anquilosada en posición funcional.
4. Flexión menor de 70°. Movimientos laterales y rotatorios limitados. Fuerza muscular pobre o regular.
6. Flexión hasta 90°. Movimientos laterales y rotatorios regulares. Fuerza muscular regular o buena.
8. Flexión superior a 90°. Movimientos laterales y rotatorios buenos. Fuerza muscular buena o normal.
10. Movimiento y fuerza muscular normal.

Capacidad funcional

0. Completamente dependiente de terceros.
2. Parcialmente dependiente de terceros.
4. Independiente. Trabajo doméstico ligero.
6. Trabajo doméstico moderado. Puede trabajar en trabajos de escritorio una jornada habitual.
8. Puede trabajar de pie la jornada habitual.
10. Actividades normales.

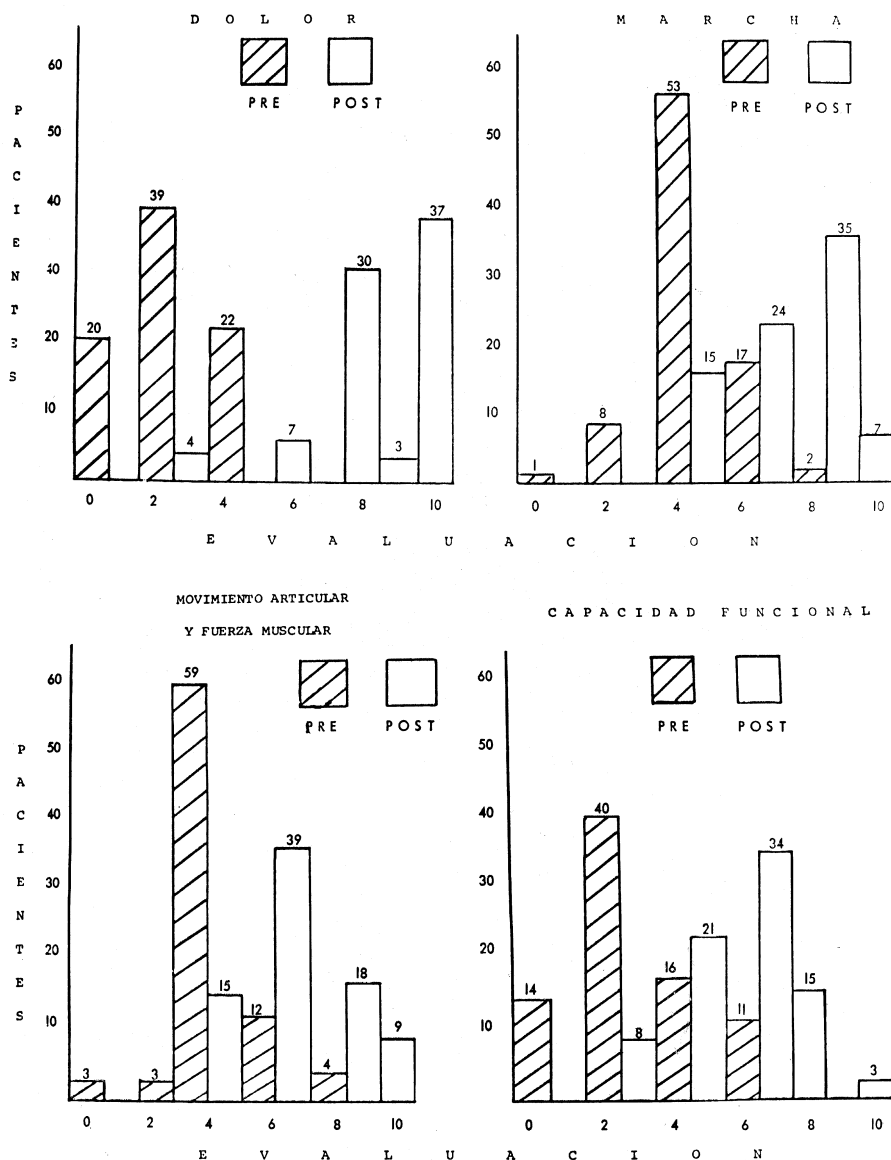


Gráfico 1. Representación esquemática de la evaluación pre y posoperatoria del dolor, marcha, movimiento articular y fuerza muscular, y capacidad funcional. Resultados globales de 81 pacientes (19 fracasos no incluidos).

Esta clasificación permite el uso de números impares para aquellos casos límites, en los cuales el grado intermedio refleja más fielmente el resultado.

RESULTADOS

Presentamos los resultados de los primeros 100 casos (96 McKee-Farrar, y cuatro, Charnley), con una evolución alejada mínima de catorce meses y máxima de treinta y ocho, con un promedio de veintidós meses.

La mejoría más acentuada se observa en el dolor. El 60 por 100 de los casos antes de la intervención quirúrgica

estaban clasificados como dolor continuo. En la última evaluación posoperatoria, casi el 90 por 100 no padecía dolor en absoluto o era leve y ocasional.

La marcha mejora, aunque no en manera tan marcada, debido principalmente al hecho de que en la evaluación preoperatoria el 70 por 100 de los pacientes estaba clasificado ya 4 ó 6. En el posoperatorio inmediato, el 80 por 100 estaba clasificado 6 o más.

El movimiento articular y la fuerza muscular muestran una mejoría similar a la observada en la marcha.

La capacidad funcional demuestra que, mientras en el preoperatorio el 55 por 100 de los casos eran dependientes de terceros, parcial o totalmente, sólo el 10 por 100 de ellos lo fueron después de la operación.

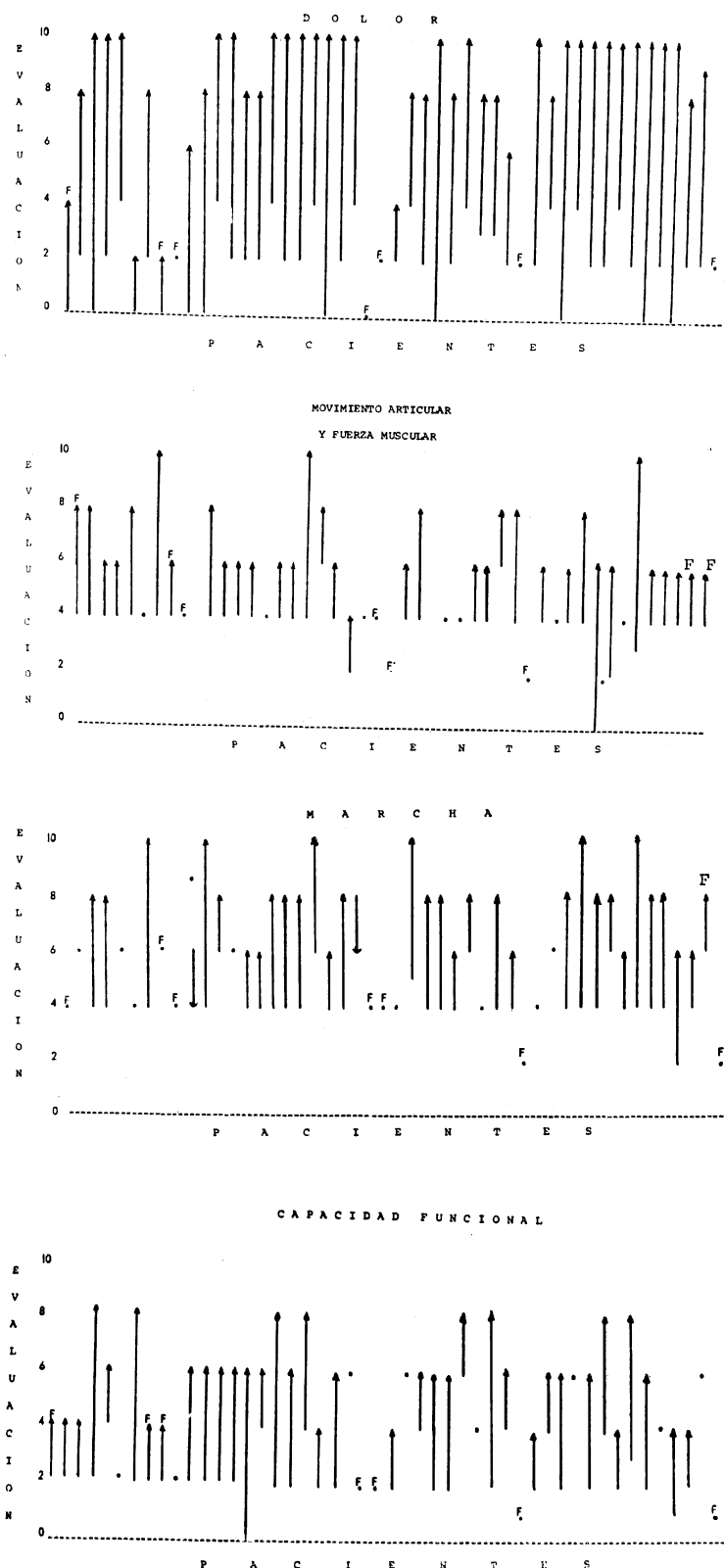


Gráfico 2. Representación esquemática de la evaluación pre y posoperatoria del dolor, marcha, movimiento articular y fuerza muscular, y capacidad funcional. Resultados individuales de 49 pacientes con coxartrosis bilateral. Los fracasos están incluidos (F). Cada flecha representa un caso. Hacia arriba indican mejoría. Hacia abajo, empeoramiento. Los puntos indican pacientes que no cambiaron en la evaluación pre y posoperatoria.

CUADRO I
Evolución alejada de las complicaciones locales inmediatas

Complicaciones	Número	Uso profiláctico de		Infección	Aflojamiento
		Antibióticos	Anticoagulantes		
Cultivo positivo preoperatorio	2	Sí	No	—	1
Cultivo positivo intraoperatorio	4	No	No	1	25 por 100
Hematoma	6	No	2	—	2
Drenaje:					33 por 100
Cultivo negativo	8	No	7	1	12,5 por 100
Cultivo positivo	5	No	5	2	40 por 100
Ninguna	75	No	37	8	10,6 por 100
	100		51	12	4
					7
					5,3 por 100

En síntesis, de acuerdo al análisis de nuestros resultados en los reemplazos totales de cadera, consideramos que el dolor es el síntoma más favorecido, seguido en orden decreciente por la capacidad funcional, la marcha, el movimiento articular y la fuerza muscular. Gráficos 1 y 2.

En estos resultados no están incluidas las complicaciones que son tratadas a continuación.

COMPLICACIONES

En los primeros 100 casos, la incidencia de infecciones fue del 12 por 100. Las mismas se presentaron con el siguiente intervalo con respecto a la intervención quirúrgica: un caso, inmediatamente; uno, a los dos meses; dos, a los seis meses; tres, a los nueve meses; tres, a los doce meses, y dos, a los catorce meses.

En ocho pacientes, la prótesis fue extraída debido a la infección.

Un caso, cuyo cultivo evidenciaba estafilococo albus, fue reoperado bajo intensa antibioterapia; después de extraer ambos componentes de la prótesis y realizar un meticuloso debridamiento fue reimplantada otra prótesis. La evolución posoperatoria es de ocho meses y su resultado es bueno hasta la fecha, no habiendo evidencia de recidiva de la infección.

Tres casos no han sido reoperados: uno, debido a su pobre estado general, por razones ajenas a la complicación local de cadera, y dos, porque se consideran subjetivamente mejorados con respecto a su estado preoperatorio y no aceptan la reintervención quirúrgica propuesta.

Siete casos presentaron aflojamiento de la prótesis entre acrílico y hueso. De ellos, cuatro constituían reoperaciones por fracaso de previas artroplastias. Esto evidencia la dificultad técnica de obtener una buena fijación en este grupo.

Los aflojamientos fueron cinco en la parte acetabular; uno, femoral, y uno, en ambos componentes. Los síntomas se presentaron: de inmediato, en tres casos (al tratar de comenzar a deambular sin muletas, apoyando sin restricción);

CUADRO II

Relación entre diagnóstico y complicación mediata. 100 reemplazos totales de cadera

Diagnóstico	Infección	Aflojamiento
65 coxartrosis	9	2
	13,8 por 100	3 por 100
17 fracaso de previas artroplastias	2	4
	11,7 por 100	23,5 por 100
13 artritis reumatoidea	1	—
	7,7 por 100	
3 postraumática	—	—
	—	—
2 espondilitis anquilopoyética	—	—
	—	1
100	12	7

a los seis meses, en un enfermo, y a los doce meses, en otros tres (en dos de ellos el dolor coincidió con un traumatismo de moderada intensidad, sufriendo uno de ellos, además, una fractura de miembro superior).

Los siete casos cuyas prótesis se aflojaron fueron tratados de la siguiente manera: cuatro pacientes fueron reoperados, reimplantando las prótesis. De ellos, dos han evolucionado bien hasta la fecha, siendo su posoperatorio de dos y doce meses, respectivamente. Otro ha continuado con dolor durante el apoyo, y en el último, la prótesis tuvo que ser extraída debido a una infección después de la reimplantación.

Los tres casos restantes no han sido reoperados aún (en dos, por motivos personales, y en el tercero, porque el paciente considera los síntomas moderados y tolerables). Estos casos han sido seguidos cuidadosamente, y el aflojamiento, que al principio sólo fue posible diagnosticar por medio de la artrografía, actualmente, a un año de distancia, es marcado, siendo visible a través de radioscopia. Ello demuestra la importancia de la reimplantación temprana en los casos de aflojamiento leve, dada su evolución progresiva. Asimismo, dicho aflojamiento erosiona el hueso circundante.

te, debilitándolo y reduciendo las posibilidades de una feliz reimplantación.

La relación entre complicaciones locales inmediatas y tardías, así como aquella entre diagnóstico etiológico y complicaciones alejadas, está sintetizada en los cuadros 1 y 2.

RESUMEN

Se presenta el diagnóstico etiológico y la edad de los primeros 300 reemplazos totales de cadera, efectuados en el Hospital for Special Surgery. Se comentan los resultados y complicaciones de los 100 primeros casos, con una evolución mínima de catorce meses y máxima de treinta y ocho (promedio, veintidós meses).

RÉSUMÉ

On presente le diagnostic etiologique et l'âge de les premiers 300 réformes compètes d'hanche, réalisées dans l'Hô-

pital de Chirurgie Spécial. On commente les resultats et les complications de les 100 premiers cases avec l'évolution la plus petite de 14 mois et l'évolution la plus grande de 38 (moyenne 22 mois).

SUMMARY

The aetiology diagnosis and the middle ages of 300 primaries entires replacements coxa effectuated in the Hospital for Special Surgery are showed. The complications and the results of 100 primaries cases are studied with a least development of 14 months and a greatest development of 38 (average 22 months).

BIBLIOGRAFÍA

Charnley J. Acrylic cement in orthopaedic surgery. Edimburgo y Londres: E&S Livingstone; 1970.