

Nº 962



CONTROL POSTQUIRÚRGICO DE CADERA

EDUARDO H. LIQUIN
Médico

**Residente del Servicio
de Diagnóstico por
Imágenes**

Objetivos de aprendizaje

- Recordar que la radiografía es la técnica de elección para valoración postquirúrgica.
- Si bien RM y la TC nos ofrecen imágenes tridimensionales de alta resolución espacial, Los costos, artefactos de la imagen y la dosis de radiación en la TC. Son argumentos suficientes en nuestro medio para reafirmar este método de radiología convencional como prioridad para su evaluación.
- Proponer una simplificación de su evaluación debido a que todavía no existen un consenso que unifique el criterio de ambas especialidades.

Situación

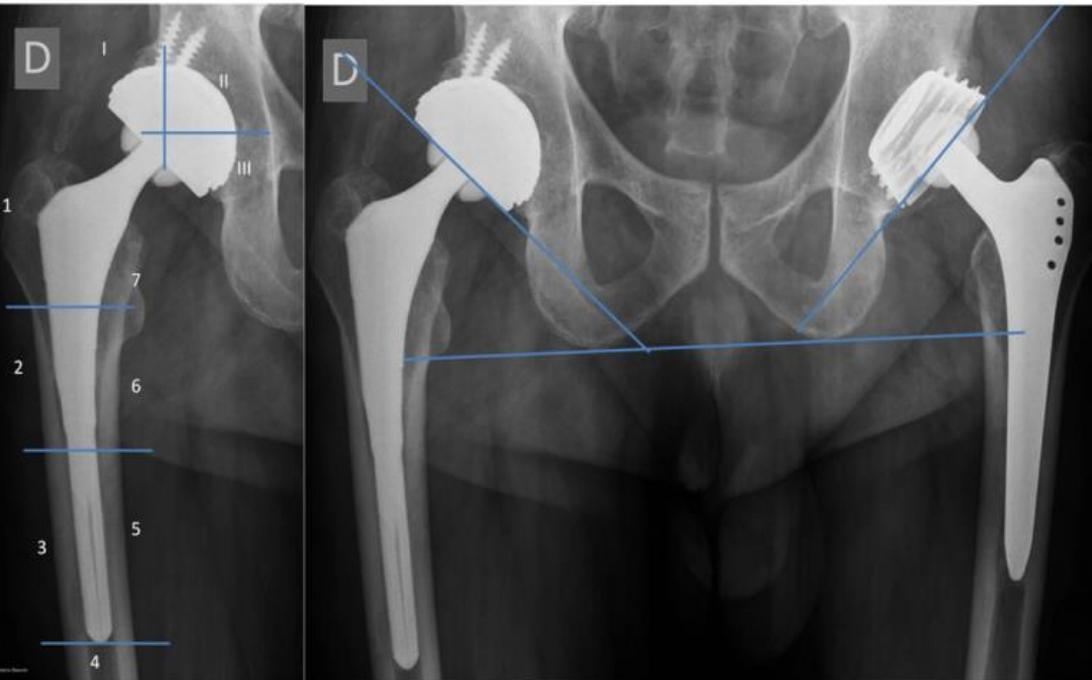
- La patología degenerativa de cadera ha sufrido un aumento en proporción con el envejecimiento de la población, al igual que los accidentes de tránsito asociados, que también pueden causar fracturas especialmente en pacientes jóvenes. Muchas veces la artroplastia de cadera es el tratamiento definitivo.

Cuando realizar estudio

- 3, 6 Y 12 meses.
- El dolor u otros síntomas indicarían su realización inmediata.
- Otros sugieren una evaluación inmediata al postoperatorio, especialmente en la cementadas, que tal vez requieran más controles seriados.

Técnica de estudio

- Rx AP de ambas caderas con en extensión y rotación interna máxima independiente del decúbito. Se debe asegurar que se vea la prótesis entera.



Parámetros radiológicos a evaluar:	Valores normales	clínica
Centro horizontal de rotación: distancia entre el centro de la cabeza femoral y la línea de Khöler	Igual en ambas caderas	Lateralización se asocia a claudicación
Posición del vástago femoral: debe estar alineado con el eje longitudinal femoral óseo	Alineada a 5°-10° en valgo	El varo aumenta el riesgo de fractura
Inclinación acetabular : ángulo que resulta de la línea que une los márgenes inferiores de la copa acetabular con la línea que une ambas tuberosidades isquiáticas	Entre 30° y 50°	<30° limitación de la abducción >50° riesgo de luxación
Valoración del manto de cemento: según el sistema de Charnley-Delee y Gruen que divide el cotilo en 3 segmentos (I sup.ext, II sup.int, III inf.int.)y el fémur en 7 regiones.	Valorar si existen radioluscencias y anomalías femorales	Aflojamiento mecánicos acetabulares y femorales ,y/o infección

Tipos de artroplastia

hemiartroplastía: se reemplazan cabeza y cuello femoral conservando el acetábulo:

- **unipolar:** vástago femoral conectado a la cabeza que se articula con el acetábulo nativo.
- **bipolar:** vástago y cabeza femoral más una capa de polietileno articulándose con el acetábulo.

Artroplastía total: se reemplazan cabeza, cuello y acetábulo.

- En función del tipo de material empleado: metal, cerámica, o polietileno.
- Técnicas de fijación: con o sin cementar.

Complicaciones

Debemos valorar si existen imágenes radiolúcidas, escleróticas o fracturas.

- ***radiolucencias periprotésica.*** Mayores de 2 mm que aumentan de manera progresiva en controles sucesivos es indicador de aflojamiento o infección. Existen radiolucencias de aspecto festoneado con borde escleroso más frecuente periacetabular descrito dentro de una entidad conocida como *Enfermedad por partículas*.
- ***hueso esclerótico*** es un indicador de estabilidad cuando aparece en el fémur nativo, alrededor del vástago. La esclerosis en el extremo distal del vástago de una prótesis se asocia a aflojamiento mecánico. La presencia de hueso esclerótico heterotópico, es una complicación que causa limitación de la movilidad.

Fracturas

- **Fracturas periprotésicas:** se clasifican según Vancouver:
 - **tipo A:** peritrocantéreas
 - **tipo B:** alrededor o justo al final del vástago femoral (B1: sin desplazamiento, B2: desplazada, B3: con pérdida de hueso).
 - **tipo C:** distal a la prótesis sin afectar a la misma.

Conclusión

- El completo análisis radiológico de la Rx en la artroplastia de cadera demuestra la importancia de la interconexión necesaria entre las distintas especialidades, en este caso traumatólogos y especialistas en Diagnóstico por Imágenes.
- Esto va a permitir al especialista ver la evolución, predecir y poder tratar la presencia de complicaciones.

Bibliografía

- **Asoc. Argent. Ortop. Traumatol. vol.79 no.2 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jun. 2014. Artroplastia total de cadera en pacientes con artritis reumatoide.**
- Insights Imaging. 2015; 6:591-600
Vanrusselt J, Vansevenant M, Vanderschueren G, Vanhoenacker F. Postoperative radiograph of the hip arthroplasty: what the radiologist should know.
- Radiología Esencial, SERAM, edición 2013.
- **Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol. vol.77 no.2 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jun. 2012. Predicción del aflojamiento mecánico en cótilos cementados mediante la radiografía posoperatoria inmediata**
- **La cadera.** Edit. panamericana 1997.D. Hernández Vaquero.pag223-239
- Rev. Colomb. Radiol. 2008; 19(3):2454-60 .Valoración radiológica de las artroplastias Radiological aspects of Arthroplasties. Sara Eugenia García John Henry Barragán Jorge Andrés Narváez Jorge Alberto Carrillo Bayona.