

PRESENTACIONES DE RESIDENTES (PERI)

Artroplastia de cadera infectada

Dr. JUAN OTTOLENGHI*

Paciente de 42 años de sexo masculino que presenta una artrodesis de su cadera izquierda (Figura 1) secundaria a una tuberculosis padecida hace 27 años.

El motivo de consulta fue una importante lumbalgia y gonalgia ipsilateral de la cadera comprometida. En el examen físico se advierte una alteración en el triángulo de la talla, con importante contractura paravertebral con disminución de los arcos de movilidad de la columna lumbar. El examen neurológico fue normal.

A nivel de la rodilla se advierte leve inestabilidad medial. Al examen radiográfico se ve escoliosis lumbar con espondiloartrosisretrolistesis L5-S1 grado I (Figura 2).

El paciente fue tratado con diversos métodos ortopédicos y medicamentosos, no obteniéndose buenos resultados.

Se decide realizar la conversión de la cadera a una artroplastia total no cementada con prótesis de hidroxapatita por vía transtrocantérica (Figura 3).

Evolucionó desfavorablemente en el postoperatorio inmediato.

Apareció una secreción franca de la herida a las 4 semanas de operado. Se aisla un estafilococo *aureus* sensible. Se efectúa fistulografía, la cual reveló compromiso de planos profundos y superficiales (Figura 4). Se decide realizar una amplia limpieza quirúrgica, resecando todo tejido necrótico y desvitalizado.

Se advierte buena fijación de ambos componentes y por lo tanto no fueron extraídos. El paciente entra en un plan de antibióticos por vía parenteral y oral de nueve semanas. Actualmente, 3 años postoperatorio, el paciente evolucionó favorablemente, sin

signos de infección tanto clínicos como radiológicos (Figuras 5 y 6), sin lumbalgia y sin gonalgia.

DISCUSIÓN

Moderador Dr.
FERNANDO S. SILBERMAN

Moderador: Vamos a ver si el caso que presentan los médicos residentes del Hospital de Clínicas es un caso problema. En realidad, ha sido en varios momentos de su evolución un caso problema.

Moderador: La primera pregunta que podría surgir en esta primera parte de la presentación sería — de acuerdo con el cuadro de evolución del paciente hasta esta instancia: lumbalgia intensa, una gonalgia ipsilateral con inestabilidad—: ¿cuál hubiera sido la conducta a adoptar con un paciente con estas características, las cuales no han cedido con los tratamientos realizados?

Mendoza: ¿Podría decir el presentador si la posi-

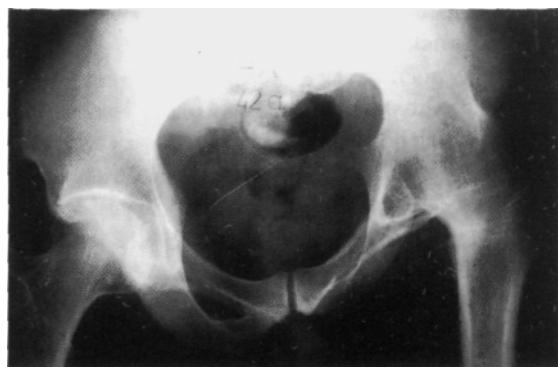


Fig. 1. Artrodesis de cadera izquierda.

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Av. Córdoba 2351, Buenos Aires.

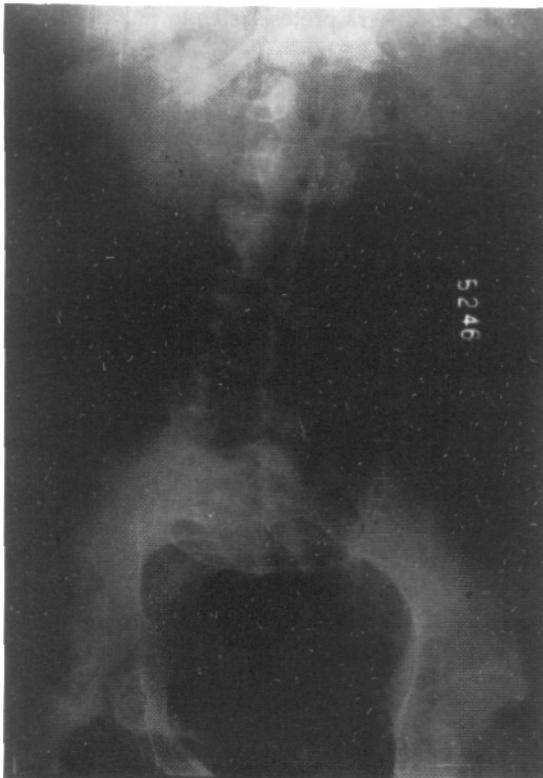


Fig. 2. Escoliosis lumbar con espondiloartrosis.

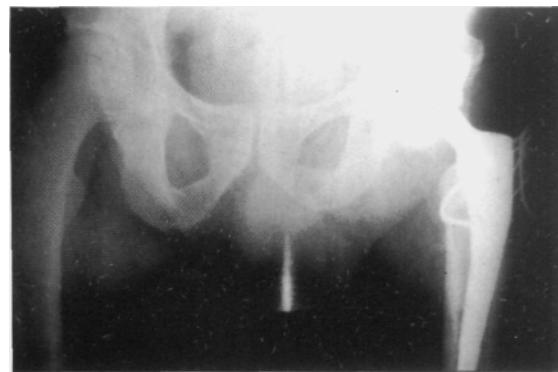


Fig. 3. Postoperatorio inmediato de reemplazo total de cadera.

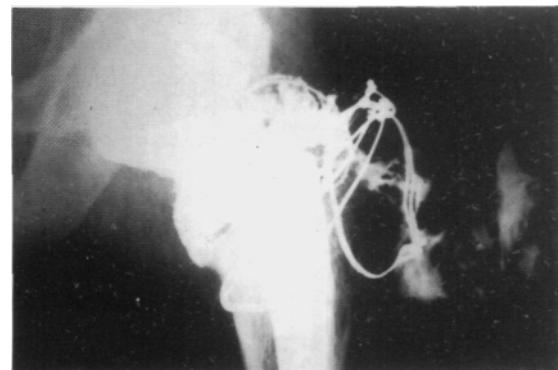


Fig. 4. Fistulografía.

ción de la artrodesis de cadera era buena y si se ha hecho algún estudio neurológico del paciente pensando en alguna discopatía?

Presentador: La posición de la cadera era buena y el examen realizado no reveló déficit neurológico.

Mendoza: ¿Se podría pensar que la gonalgia podría estar causada por alguna compresión nerviosa, como diagnóstico diferencial?

Moderador: Este si se quiere es un caso clásico, es decir, la indicación formal para la conversión de una anquilosis de cadera es cuando se provoca una lumbalgia y gonalgia ipsilateral intensa que no ceden al tratamiento.

Como muy bien aportó el doctor de Mendoza, puede haber otra patología que habría que diferenciarla muy bien.

En presencia de una lumbociatalgia, por ejemplo, de origen radicular, o una diferencia de longitud de miembros u otras causas, no está de ninguna manera indicado hacer una conversión. Pero aquí es evidente un efecto no deseado de una anquilosis de cadera, perfec-



Fig. 5. Radiografía a 3 años de la limpieza quirúrgica.

tamente realizada, en buena posición y de largo tiempo de evolución.

Moderador: Hasta ahora hemos hablado de la conversión. Podríamos discutir también qué se puede hacer en un adulto joven, 42 años (el Hospital formó un grupo de pacientes tratados con

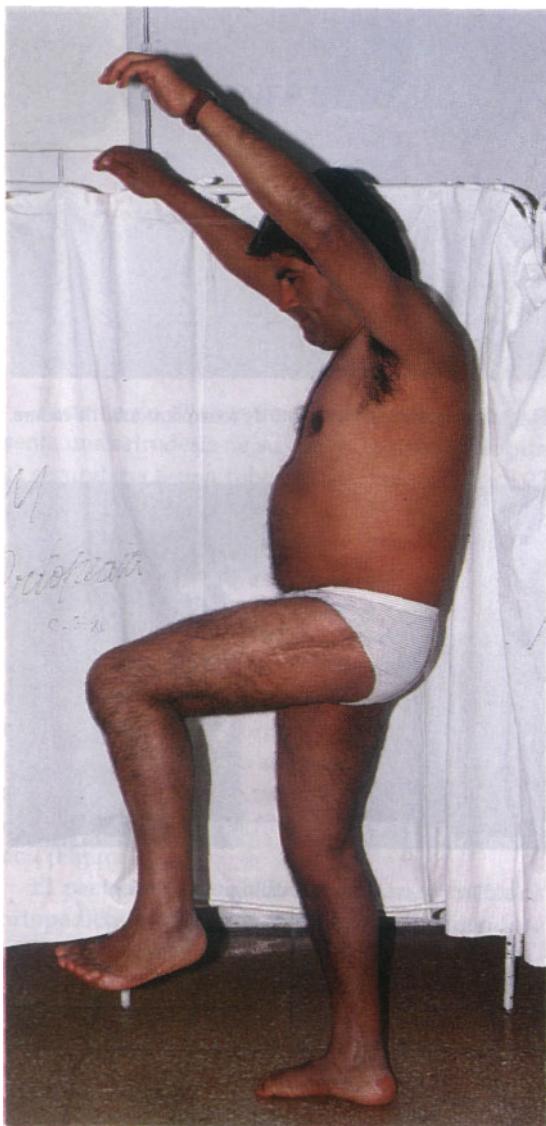


Fig. 6. Paciente a 3 años de operado.

hidroxiapatita) y finalmente de la infección muy grave de la prótesis.

¿Podríamos preguntar cómo hubieran procedido en esta situación, con un paciente de 42 años, con una artroplastia total que supura entre la tercera y cuarta semana?

Dr. Miguel Slullitel (Rosario): Se podría intentar una reconversión nuevamente, y ver la posibili-

dad de colocar otra prótesis, siendo una de tantas opciones.

Dr. Ferro (Córdoba): Considerando que es una infección grave y tardía, a mi modo de ver, habría que sacar la prótesis, teniendo en cuenta que la morbilidad con una prótesis infectada en postquirúrgico es alta y empeora con el tiempo.

Mendoza: Queremos saber si se hizo algún debridamiento en la fase aguda y si se tomó algún tipo de cultivo, ya que en las infecciones agudas se puede hacer una amplia *toilette* dejando la prótesis.

Dr. Rodolfo Pusso: ¿Por qué se dejó tanto tiempo, permitiendo que se fistulizara?

Presentador: El paciente evolucionó muy bien en el postoperatorio inmediato, se le dio de alta y en el primer control que hacemos entre la tercera y cuarta semana el paciente llegó con supuración del extremo distal de la herida.

Moderador: En realidad aquí se mostró una fistulografía, pero en el sentido anatopatológico propiamente dicho no era crónica, el cuadro se hizo evidente con la supuración en forma aguda en la tercera semana.

Moderador: ¿Cuándo fue examinado por última vez?

Presentador: Las radiografías que se mostraron corresponden al 22-6-96, tres años después de la cirugía.

Moderador: Como habrán visto, este caso tuvo varios momentos en los que pudo haber sido considerado un caso problema.

Por lo que escuchamos en las participaciones de Córdoba, Rosario y Mendoza, todas las propuestas eran válidas, pero como vieron se procedió en forma coincidente con la opinión dada por el doctor de Mendoza.

Basados en las experiencias de Gustilo, donde establece que hasta la cuarta semana se puede salvar la prótesis realizando una limpieza profunda de la infección con posibilidades grandes de resultados exitosos.