

Luxación protésica. Media luna de retención

Dres. ALFREDO CZERNIECKI, JUAN COCCOCCIONE*

La incidencia de luxación protésica en cadera puede estimarse en el 3%.

Ocasionalmente se menciona en la bibliografía la subluxación. Este concepto resulta mecánicamente insostenible.

En una prótesis no puede haber pérdida de congruencia sin pérdida de contacto. La excepción es la presencia de un cuerpo interpuesto (cemento, hueso, tejidos blandos, oblitio).

Se ignora la frecuencia de luxación recidivante.

Las causas son conocidas (Tabla 1).

Su importancia tiene un alto componente de subjetividad. Evaluar tensión y orientación resulta subjetivo.

Un ángulo de cinco grados es el equivalente al que describe el minutero en un reloj analógico en cincuenta segundos. Difícil resulta evaluarlo sin goniómetro en la cirugía.

Se carece de información que relacione la incidencia de luxación con los diámetros de la cabeza.

Nuestra experiencia confirma la idea de que la prótesis de Charnley de 22 mm es más luxable.

Presentamos un artificio de retención para utilizar en las luxaciones recidivantes o en las caderas cuya estabilidad queda en duda en el acto quirúrgico.

Se trata (Figura 1) de una media luna de polietileno de alta densidad molecular de 4 mm de espesor en su parte más delgada y de un cuarto de círculo de amplitud que se fija con tres o cuatro tornillos de cortical al acetábulo protésico, actuando como tope de retención (Figura 2).

Se obtiene con facilidad cortando el borde de un cotilo.

Tabla 1
Luxación protésica. Causas

- 1) Tensión.
- 2) Orientación.
- 3) Contacto:
 - Prótesis.
 - Cemento.
 - Hueso.
 - Partes blandas.
 - Cuerpos extraños.
- 4) Traumatismos o movimientos.
- 5) Reoperaciones.
- 6) Incisión.

La zona de aplicación (Figura 3) coincide con la correspondiente al realce de la pared posterior. Se cubren sólo 3 mm del diámetro interno. Centrando la cabeza se tapa la zona de contacto pulida al espejo.

La movilidad se limita sólo a los extremos luxantes.

Es difícil corregir las causales de luxación.

Somos conscientes de que la media luna puede

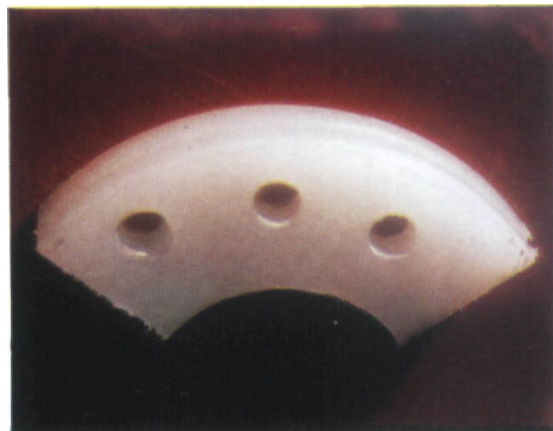


Fig. 1. Media luna de retención.

* Donado 97,1° Piso, (8000) Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires.

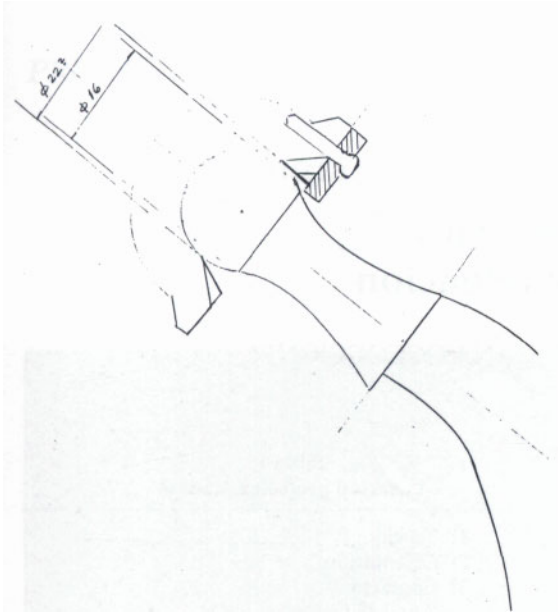


Fig. 2. Acción de retención con un desplazamiento de 3 mm.



Fig. 3. Aplicación en correspondencia con el realce de la pared posterior.

tener un efecto pernicioso al aumentar las posibilidades de aflojamiento.

Sopesar los pro y los contra con sentido común hace la indicación.



Fig. 4. Medialuna con 9 años y 4 meses de implante. Asintomática. Nótese el desgaste y las imágenes espumosas por acumulación de partículas. Cemento fragmentado. Zonas radiolúcidas.

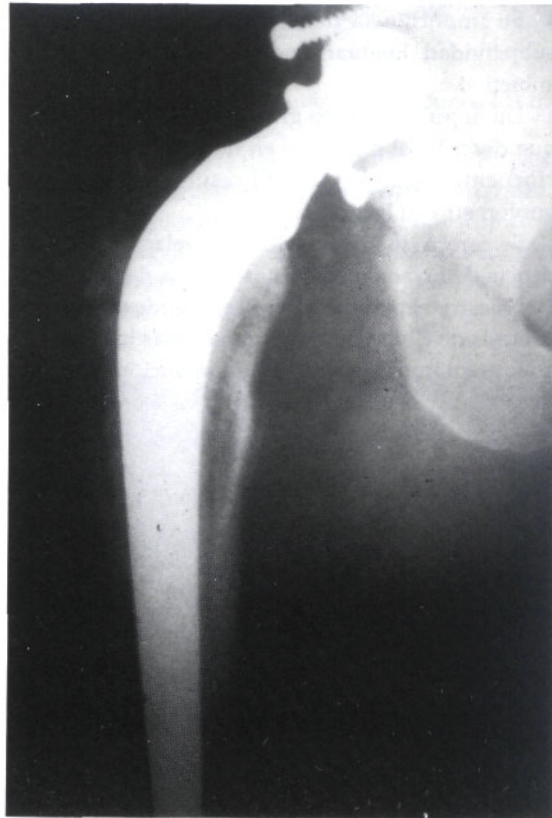


Fig. 5. Medialuna con 8 años de implante. Asintomática. Imagen espumosa. Cemento fragmentado.

Llevamos seis casos implantados. Un séptimo con una luxación voluntaria se niega a ser reoperado.

La primera media luna se colocó en el año 1976, falleciendo diez años después (Figura 4).

Otro caso falleció por causas ajenas al reemplazo, a los seis meses y medio de operado.

Un caso se perdió, ignorando su evolución.

Mostramos un caso con la media luna colocada, hasta el presente, sin inconvenientes (Figura 5).