

11245



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO**  
**I S S S T E**

**“CIRUGIA DE REVISION EN PACIENTES  
CON PROTESIS TOTAL DE CADERA”**

**TESIS DE POSTGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:  
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

PRESENTA:

**DRA. BLANCA ELIZABETH ALMAZAN GARIBAY**



MEXICO, D. F.

280062

MARZO 2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México



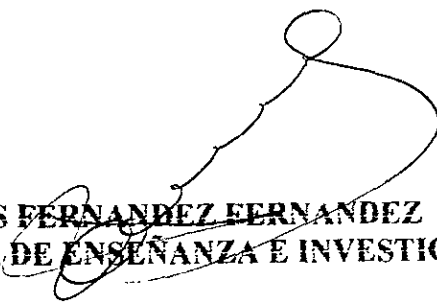
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

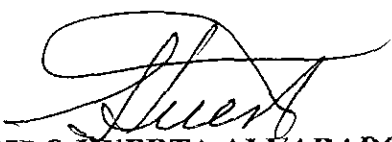
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

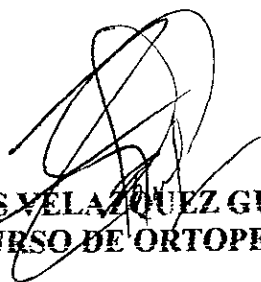
# AUTORIZACIONES:



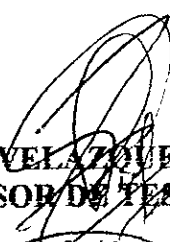
**DR. JOSE LUIS FERNANDEZ FERNANDEZ**  
**COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**



**DR SIGFRIDO HUERTA ALVARADO**  
**JEFE DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION**

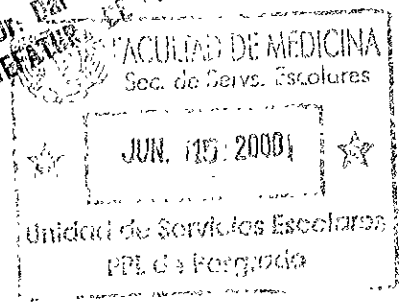
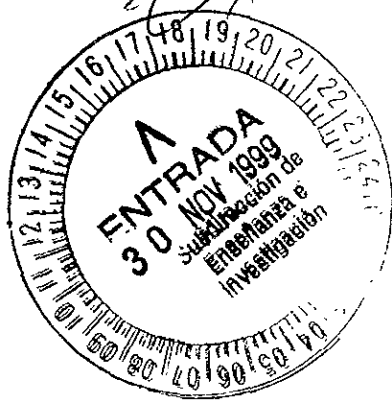


**DR ZACARIAS VELAZQUEZ GUERRA**  
**TITULAR DEL CURSO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**



**DR. ZACARIAS VELAZQUEZ GUERRA**  
**ASESOR DE TESIS**

HOSPITAL GENERAL DE LA CIUDAD DE GUAYMAS  
29/11/99  
Dr. Raúl Fernández  
JEFE DE FACULTAD



## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS:**

*Por permitirme llegar a cumplir una de mis metas iluminando siempre el camino que debo seguir.*

### **A MI PADRE:**

*Porque sin su ayuda, nunca hubiera podido llegar a cumplir esta meta, ya que hasta el último día de su vida, siempre me alentó y me dio lo necesario para seguir adelante, por ayudarme a no desistir.*

### **A MI MADRE:**

*Por su apoyo, cariño y comprensión en los momentos difíciles*

### **A MI HERMANA:**

*Por brindarme su ayuda cuando la necesité.*

### **A MI HIJO:**

*Por ser la razón que tengo para salir adelante, por perdonar el tiempo que estuve lejos de él.*

### **A VICTOR:**

*Por impulsarme en la última recta del camino, por su cariño, por su apoyo incondicional.*

### **A MIS MAESTROS:**

*Por sus enseñanzas y por guiarme durante este difícil camino.*

### **EN ESPECIAL. A MIS PACIENTES:**

*Porque sin ellos no hubiera podido adquirir los conocimientos necesarios para llevar a cabo ésta meta.*

**\*\* G R A C I A S \*\***

# CIRUGIA DE REVISION EN PACIENTES CON PROTESIS TOTAL DE CADERA

**Dra. Blanca Elizabeth Almazán Garibay\*\*,  
H.G. Dr. Darío Fernández Fierro del I S S S T E.**

**\*\*Residente del 4to año del servicio de Ortopedia y traumatología.**

## RESUMEN

Existen diversas complicaciones que alteran la vida cotidiana de los pacientes que fueron operados de reemplazo total de cadera por cualquier causa, lo cual hace necesario que se les realice una cirugía de revisión.

En éste estudio se valoraron 12 pacientes posoperados de reemplazo total de cadera que presentaban alguna complicación inherente al reemplazo total de cadera ya sea a corto o a largo plazo, y posteriormente se les realizó una cirugía de revisión. Fueron evaluados tanto clínica como radiográficamente antes de la cirugía de revisión tomando en cuenta para la valoración clínica, la escala de Merle D'Aubigne y Postel modificada, y para la evaluación radiográfica, se tomó en cuenta la clasificación de Paprosky para defectos óseos femorales y acetabulares.

Durante la cirugía de revisión se les reconstruyó tanto los defectos acetabulares como los femorales utilizando para esto, injerto óseo autólogo ya sea de tibia, cresta iliaca o ambos, según el tipo de pérdida ósea existente.

Los pacientes fueron evaluados después de los 6 y 8 meses de la cirugía de revisión y se observó una importante mejoría en cuanto a dolor, marcha y función en general, lo cual favoreció su reintegración a la vida cotidiana de dichos pacientes.

## SUMMARY

There are different complications in patients which were subjugated for a total hip arthroplasty by many causes needed total hip revision.

In this study, were assed 12 patients who underwere total hip arthroplasty that showed complications related to this procedure as longer or sooner time, later were to total hip revision. Were study clinical and radiology test before the revision surgery, use the Merle D'Aubigne scale modificate for the clinical rates and Paprosky classification for the acetabular and femoral defect.

During the revision surgery were reconstruct the acetabular and femoral defects using allografts from tibia, iliac, or both, according the type of defect.

In the follow up, the patients were evaluated in 6 and 8 months after revision surgery and observated an improvement means pain, walk and function, this favorated its reintegration to a ordinary life.

## INTRODUCCION

Una cantidad cada vez mayor de pacientes con dolor y limitación funcional asociado con una artroplastia total de cadera requiere evaluación para determinar que es lo que ocasiona esta disfunción, se ha demostrado que existen diversos factores que aceleran la aparición de

dichas alteraciones, siendo estos factores los siguientes:

- a) Desgaste del polietileno
- b) Aflojamiento de cualquiera de los materiales o componentes protésicos
- c) Enfermedad del cemento
- d) Reacción granulomatosa
- e) Residuos del desgaste
- f) Pérdida de tejido óseo (osteolisis)
- g) Fracturas
- h) Infecciones

En algunos centros el número de procedimientos de revisión que se realiza, es casi similar al de artroplastias primarias. El procedimiento de revisión de la artroplastia total de cadera es por lo general mucho más difícil que el procedimiento original y los resultados son claramente menos satisfactorios. La revisión exige mayor tiempo quirúrgico, la cantidad de sangre que se pierde es mayor, la incidencia de infecciones, tromboflebitis, luxaciones, lesiones nerviosas y de penetraciones y fracturas de la diáfisis es también mayor, las tasas de morbilidad y mortalidad postquirúrgicas son más elevadas. Debe disponerse del instrumental apropiado para extraer los componentes del cemento, así como de una amplia variedad de copas y vástagos, porque de lo contrario, el procedimiento puede prolongarse innecesariamente y comprometer el resultado.

Las deficiencias óseas encontradas durante la cirugía de revisión pueden tratarse en forma más adecuada mediante la aplicación de injertos óseos, en vez de rellenarlas con cemento adicional.

## ANTECEDENTES

Tras los primeros procedimientos de cirugía de revisión en prótesis total de cadera, se observó que los resultados fueron en esencia tan buenos como los primarios, también se observó que los resultados de las revisiones con cemento eran desalentadores, lo cual ha llevado a varios cirujanos a abandonar las técnicas con

cemento en la mayoría de las operaciones de revisión.

En la actualidad, se han disponibles los resultados de varias series con seguimiento a corto y mediano plazo. Harris, Krushell y Galante, informaron de 60 revisiones con vástagos de aleaciones de titanio estándar cubiertas de poros en su porción proximal y cavidades porosas hemisféricas fijadas con tornillos, Gustillo y Pasternak, informaron de 57 revisiones con prótesis porosas de titanio de vástago largo, Hedley, Gruen y Ruoff realizaron 967 artroplastias de revisión no cementadas con dispositivos de diseño anatómico de cobalto cromo cubiertos de poros en su porción proximal.

Muchos cirujanos han expresado su preocupación con respecto al potencial limitado de crecimiento interno del hueso a partir de las áreas óseas deficientes, en particular cuando los injertos óseos han sido interpuestos entre el hueso del huésped y la superficie porosa, esto es motivo de suma preocupación en los casos en que se emplean vástagos con superficies porosas limitadas a la porción superior, se ha demostrado la ausencia de crecimiento óseo en estas áreas. Por esto Engh y col. han propugnado la utilización de vástagos completamente porosos, haciendo hincapié en la fijación distal y en el crecimiento interno del hueso.

## OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio, es evaluar la eficacia de la cirugía de revisión en el mejoramiento a la calidad de vida de pacientes que presentan alguna complicación posterior al implante de prótesis total de cadera, teniendo en cuenta el grado de dolor que éstos presentaron antes y después de la cirugía de revisión, así como los arcos de movilidad antes y después de la cirugía de revisión y los datos radiográficos encontrados.

## MATERIAL Y METODOS

El presente es un estudio de serie de casos prospectivo, lineal, no comparativo el cual muestra las principales complicaciones en pacientes postoperados de reemplazo total de cadera y la resolución quirúrgica de las mismas, mediante cirugía de revisión.

Nuestro universo está formado por pacientes entre los 40 y 90 años de edad en los que previamente se les había realizado reemplazo total de cadera, la muestra consta de 12 pacientes que fueron manejados en el hospital Dr. Darío Fernández Fierro del I S S S T E en el servicio de ortopedia.

No existe grupo control en nuestro estudio, ya que se trata de pacientes con características especiales en los cuales se reconstruye la articulación de la cadera, dependiendo del defecto óseo que presente, y se implantan componentes protésicos de características especiales.

Sólo fueron incluidos pacientes postoperados de reemplazo total de cadera y que, debido a alguna complicación, fué necesario realizarles una cirugía de revisión con reconstrucción ya sea femoral, acetabular o ambas.

Se excluyeron pacientes postoperados de reemplazo total de cadera que no presentaban ningún tipo de complicación, pacientes que presentaban alguna complicación, pero que por algún tipo de padecimiento orgánico o metabólico no era posible que se sometieran a un procedimiento quirúrgico mayor.

Para el estudio fué necesaria la utilización de expedientes, radiografías, goniómetros, papel, lápiz, prótesis total de cadera no cementada microestructurada con tornillos en acetábulo, cable de control, injerto óseo autólogo y, material quirúrgico ordinario en las cirugías ortopédicas.

## RESULTADOS

Fueron estudiados 12 pacientes postoperados de reemplazo total de cadera, que presentaban alguna complicación relacionada con dicha cirugía y que fué necesario realizarles cirugía de revisión, para la resolución de las mismas. Dicha cirugía de revisión fué realizada en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro del I S S S T E en el servicio de ortopedia y su valoración y seguimiento fué llevado a cabo en el mismo hospital.

Nuestros pacientes fueron estudiados daándoles a cada uno de ellos un número, para la mejor identificación y recolección de datos, encontrando lo siguiente.

**Paciente 1:** Femenino de 79 a. de edad, a la cual previamente se le había colocado un reemplazo total de cadera derecha por coxoartrosis, aproximadamente 15 años previos a la captación por nuestro servicio, durante la evaluación preoperatoria presentó, según la escala de Merle D' Aubigne y postel modificada, dolor severo, marcha con moderada claudicación y en general, una función deteriorada, radiográficamente, según la clasificación de Paprosky, presentaba un defecto acetabular de tipo IIIB y un defecto femoral tipo III, además, se observó que presentaba una protusión acetabular en donde además, presentaba extrusión del cemento, por lo cual se decidió que se le realizara una cirugía de revisión en donde se toma injerto óseo autólogo de tibia y cresta iliaca, para la reconstrucción de los defectos óseos, se realizó la técnica anteriormente mencionada, en su valoración postoperatoria, a los 8 meses de la cirugía de revisión, pudimos observar que, en cuanto a la evolución clínica, presentaba un dolor moderado, marcha con moderada claudicación y en general una función no deteriorada.

**Paciente 2:** Masculino de 46 a. de edad al que se le había realizado una cirugía de reemplazo total de cadera derecha por coxoartrosis aproximadamente 9 años antes de nuestra captación, presentando al tiempo de nuestra valoración dolor moderado, marcha moderadamente claudicante, y una función

deteriorada, radiográficamente se encontró con defectos óseos acetabulares tipo IIB y defectos femorales del tipo IIB, además de observarse también datos de protusión acetabular con aflojamiento, por lo cual se decide la realización de una cirugía de revisión con la técnica ya mencionada, se le coloca injerto óseo autólogo de cresta iliaca y se corrigen los defectos. Es valorado a los ocho meses posteriores a la cirugía, encontrando clínicamente sin dolor, sin claudicación a la marcha, y en general, con una función no deteriorada.

**Paciente 3:** Femenino de 64 a. de edad con antecedentes de reemplazo total de cadera izquierda 13 a. previos a nuestra captación, siendo la causa de ésta cirugía, la coxoartrosis, en el momento de su primera valoración, clínicamente presentó dolor severo, marcha con claudicación severa, y función deteriorada, radiográficamente se encontró con defectos acetabulares tipo IIC, defectos femorales tipo IIC, además de encontrar datos de aflojamiento. Se le realiza una cirugía de revisión en donde se observan datos de infección, se toman cultivos y se decide colocar de primera intención un aparato espaciador, con la técnica que anteriormente se mencionó, además de la administración de antibioticoterapia, posterior a 3 meses, se realiza un nuevo tiempo quirúrgico, en donde se observa ya sin datos de infección por lo cual se decide ya la colocación de la prótesis definitiva, además se realiza reconstrucción ósea con injerto óseo autólogo el cual se tomó de ambas tibias y cresta iliaca. Se valora nuevamente a los 6 meses y se encuentra con dolor moderado, marcha moderadamente claudicante y función parcialmente deteriorada.

**Paciente 4:** Femenino de 46 a. con antecedentes de colocación de prótesis total de cadera derecha 14 a. previos por coxoartrosis secundaria a luxación congénita de cadera, en el momento de su captación, encontramos que presentaba dolor severo, marcha moderadamente claudicante, y función deteriorada, radiográficamente se encontró con defectos acetabulares tipo IIIB, defectos femorales tipo IIC, además se encontró con datos de protusión acetabular + luxación del

componente femoral, por lo cual se decide realizar cirugía de revisión, se coloca prótesis y se corrigen los defectos óseos con injerto de cresta iliaca y tibia, se valora nuevamente a los 8 meses de postoperada, y se encuentra con dolor moderado, marcha no claudicante y función no deteriorada.

**Paciente 5:** Femenino de 86 a. de edad con antecedentes de cirugía de reemplazo total de cadera derecha por coxoartrosis 10 a. previos, en el momento de su evaluación inicial presentó datos de dolor severo, marcha con claudicación severa y función deteriorada, se observó radiográficamente con defectos acetabulares del tipo IIIB y femorales tipo IIB, también se observaron datos de protusión acetabular y aflojamiento, se decide realizar cirugía de revisión, se realiza reconstrucción ósea con injertos de tibia y cresta iliaca, se valora nuevamente a los 8 meses y se observa con dolor moderado, marcha con moderada claudicación y función deteriorada.

**Paciente 6:** Masculino de 56 a. de edad, con antecedentes de reemplazo total de cadera derecha 10 años previos a nuestra valoración, por coxoartrosis, inicialmente presentó dolor severo, marcha con moderada claudicación, y función deteriorada, radiográficamente se encontraron defectos acetabulares del tipo, IIIA y femorales tipo III además se observan datos de aflojamiento, se decide cirugía de revisión, en la cual se observan datos de infección, se maneja mediante aparato espaciador por la técnica ya mencionada y posterior a los 3 meses se decide el segundo tiempo quirúrgico en donde se coloca la prótesis total de cadera, se realiza corrección de los defectos óseos mediante injerto de ambas tibias y cresta iliaca, aproximadamente a los dos meses, se observa con datos de luxación del componente femoral, no lográndose la reducción cerrada, por lo cual se decide procedimiento quirúrgico en donde se decide cambiar la orientación de la ceja del componente acetabular, posteriormente es valorado a los 8 meses, en donde se observa sin dolor, marcha discretamente claudicante y función no deteriorada.



**Paciente 7:** Masculino de 46 a. de edad, con antecedentes de reemplazo total de cadera izquierda por coxoartrosis secundaria a complicaciones postraumáticas 12 años antes de nuestra valoración, inicialmente se observó con dolor severo, marcha con claudicación moderada y función deteriorada, radiográficamente se observó con defectos acetabulares tipo IIC y femorales tipo IIC más datos de aflojamiento, se decide realizar cirugía de revisión, se le coloca prótesis total de cadera y se corrigen defectos óseos con injertos tomados de ambas tibias y cresta iliaca, posteriormente es valorado a los 8 meses del postquirúrgico y se observa sin dolor, marcha sin claudicación y función no deteriorada.

**Paciente 8:** Masculino de 46 a. de edad, con antecedentes de reemplazo total de cadera derecha un año antes de nuestra captación, debido a coxoartrosis secundaria a traumatismo, en su primera valoración se observó dolor severo, marcha con moderada claudicación y función deteriorada, radiográficamente se observó con defectos acetabulares tipo IIA y femorales tipo IIA, se decide realizar cirugía de revisión y durante la misma, se encuentran datos de infección, se coloca aparato espaciador y en un segundo tiempo quirúrgico realizado aprox. A los 3 meses, se decide la colocación de la prótesis total de cadera ya que no se encuentran datos de infección, los defectos óseos se repararon mediante la aplicación de injerto de cresta iliaca, nuevamente es valorado a los 8 meses del postoperatorio y se encuentra sin dolor, moderada claudicación y con marcha no deteriorada.

**Paciente 9:** Femenino de 79 a. de edad, con antecedentes de reemplazo total de cadera 17 a. previos por coxoartrosis, en el momento de su valoración inicial, se encontró con dolor severo, marcha con claudicación moderada y función deteriorada, radiográficamente se observó con defectos acetabulares tipo IIIA y femorales tipo III además de datos de aflojamiento, se decide la cirugía de revisión, en donde se coloca la prótesis total y se realiza corrección de los defectos óseos mediante injerto óseo de tibia y cresta iliaca, es valorada a los 8 meses de la cirugía y se observa sin

dolor, marcha sin claudicación y función no deteriorada.

**Paciente 10:** Femenino de 46 a. de edad, con antecedentes de reemplazo total de cadera izquierda por coxoartrosis secundaria a luxación congénita de cadera 15 a. previos, en su valoración inicial encontramos dolor severo, marcha con claudicación moderada y función deteriorada, radiográficamente se encontraron defectos acetabulares tipo IIIB y femorales tipo IIC además de datos de aflojamiento, se decide realizar cirugía de revisión, se coloca prótesis total de cadera y los defectos óseos son corregidos con injerto óseo de tibia y cresta iliaca, es valorada a los 8 meses de la cirugía y se encuentra sin dolor, marcha sin claudicación y función no deteriorada.

**Paciente 11:** Femenino de 76 a. de edad con antecedentes de reemplazo total de cadera por coxoartrosis 6 años previos a nuestra valoración, en su valoración inicial, encontramos dolor severo, marcha con moderada claudicación y función deteriorada, radiográficamente se encuentran defectos óseos acetabulares tipo IIA y femorales tipo IIB además de datos de aflojamiento, se le realiza cirugía de revisión, se le coloca la prótesis total de cadera y se valora 8 meses después de la cirugía encontrándose con dolor leve, marcha con leve claudicación y función no deteriorada.

**Paciente 12:** Femenino de 78 a. de edad con antecedentes de reemplazo total de cadera derecha 11 a. previos, se encuentra inicialmente con dolor severo, marcha con moderada claudicación y función deteriorada, radiográficamente se encuentra con defectos acetabulares tipo IIB, femorales tipo IIB y datos de aflojamiento, se decide la cirugía de revisión, se coloca prótesis total de cadera y se corrigen defectos óseos con injerto de cresta iliaca, es valorada a los 8 meses de evolución y se observa sin dolor, marcha con leve claudicación y función no deteriorada.

En todos los pacientes fué colocada una prótesis total de cadera, no cementada, microestructurada y con tornillos en acetábulo,

utilizando, además, para la reconstrucción femoral, cable de control.

## CONCLUSIONES

Los pacientes estudiados se encontraron entre los 40 y 90 a. de edad encontrándose a 5 pac. entre los 40 y 50 a. de edad, 1 pac. Entre los 50 y 60 a., 1 pac. Entre los 60 y 70 a., 4 pac. Entre los 70 y 80 años, y un 1 pac. entre los 80 y 90 años, éstos fueron tanto del sexo femenino como del masculino, predominando el femenino con 8 pac. sobre el masculino 4 pac. Entre las causas mas comunes para la cirugía de revisión se encontró el aflojamiento femoral en 5 pac. la protusión acetabular + aflojamiento femoral en 2 pac. infección + aflojamiento femoral en 2 pac. protusión acetabular en 1 pac. luxación + protusión acetabular en un 1 pac. e infección en un 1 pac. Se encontró un intervalo entre la cirugía previamente realizada y la cirugía de revisión de 1 pac. entre los 0 y 5 años 1 pac. 3 pac. entre los 6 y 10 años, 7 pac. entre los 11 y 15 años, 1 pac. entre los 16 y 20 años, predominando el lado derecho en 8 pac. sobre el izq. 4 pac.

En cuanto a la evaluación radiográfica se encontro, referente a defectos óseos acetabulares, según la clasificación de Paprosky, a 2 pac. con defectos tipo IIA, 2 pac. tipo IIB, 2 pac. tipo IIC, 2 pac. tipo IIIA, 4 pac. tipo IIIB. En cuanto a los defectos óseos femorales, según la clasificación de Paprosky, 1 pac. tipo IIA, 4 pac. tipo IIB, 4 pac. tipo IIC, y 3 pac. tipo III.

Para la evaluación clínica se se tomaron encuesta parámetros como dolor, marcha y evaluación de la función, según la escala de D' Aubigne y Postel modificada, tomándose en cuenta datos prequirúrgicos y postquirúrgicos, éstos últimos se valoraron a los 6 y 8 meses después de haberse realizado la cirugía de revisión. Se observó que previa a la realización de la cirugía de revisión, 11 pacientes presentaban dolor severo y 1 moderado, y posterior a la cirugía de revisión 6 pacientes no presentaban dolor 4 dolor moderado y 2 dolor

leve. En cuanto a la evaluación de la marcha, previo a la cirugía de revisión, se observó claudicación severa en 2 pacientes y 10 con claudicación moderada, posterior a la cirugía, se observó claudicación moderada en 4 pacientes, claudicación leve en 3 pacientes y 5 pacientes sin claudicación. En cuanto al grado de deterioro de la función se observó previo a la cirugía de revisión, que en los 12 pacientes estaba deteriorada, y posterior a la realización de cirugía de revisión se encontró que 10 pacientes no presentaban deterioro de la función, 1 con la función parcialmente deteriorada y 1 con la función deteriorada.

En todos los pacientes fué utilizado para la reconstrucción de los defectos óseos ya sea femorales o acetabulares, injerto óseo autólogo, ya sea de tibia y cresta iliaca, en 10 pac. de cresta iliaca en 3pac. y en ninguno de nuestros pacientes se utilizó solamente injerto de tibia.

Podemos concluir que se observó una mejor evolución en los pacientes que presentaban menos tiempo entre la cirugía previa y la cirugía de revisión, así como en los que los defectos óseos eran menores.

Que la cirugía de revisión es una buena alternativa para mejorar la sintomatología de los pacientes postoperados de reemplazo total de cadera que presentan alguna complicación, ya que es posible reconstruir los defectos óseos existentes disminuyendo la sintomatología dolorosa, mejorando la marcha y funcionalidad, por consiguiente, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de éste tipo de pacientes.

## DISCUSION

Según los resultados de nuestro estudio podemos concluir que el mayor número de cirugías de revisión se realiza en pacientes del sexo femenino las cuales se encuentran entre los 40 y los 50 a. predominantemente siendo el lado afectado predominante el derecho, observándose que la mayor causa de complicaciones de un reemplazo total de cadera, se debe principalmente al aflojamiento del componente femoral, y teniendo en cuenta el tiempo de evolución, desde la colocación del reemplazo total de cadera, al al acirugía de revisión,

podemos darnos cuenta que aproximadamente es entre los 11 y los 15 años, teniendo antecedentes en la literatura, que la vida media de un reemplazo total de cadera es de aproximadamente entre 7 y 10 años, probablemente la causa de que tengamos pacientes con mayor intervalo de tiempo entre una cirugía y otra, no se debe precisamente a la mayor sobrevida o mejor calidad en los materiales protésicos utilizados, así como a las técnicas quirúrgicas, si no que también se debe, a que por lo general, en el total de nuestra población, la mayoría de los casos, no se presentan en el inicio de la sintomatología o de las complicaciones, si no que son captados cuando la evolución de los mismos ya no es reciente.

Se puede concluir que la cirugía de revisión en pacientes con prótesis total de cadera que presentan alguna complicación, puede tratarse eficazmente mediante la cirugía de revisión, con la colocación de prótesis no cementada, microestructurada, con tornillos en acetábulo, y la reconstrucción de los defectos óseos, mediante injerto óseo autólogo ya sea de tibia, cresta iliaca o ambas, ya que como muestra nuestro estudio, los pacientes presentan

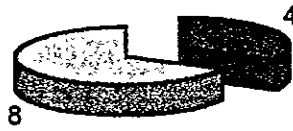
una mejoría importante en cuanto a su sintomatología y a la función, posterior a la cirugía de revisión, y por lo tanto, es posible que, nuevamente, puedan integrarse a sus actividades cotidianas, disminuyendo además, los costos para las instituciones, tanto laborales tanto como de salud .

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Aaron A. Hoffmann. M.D Articular spacers for two-stage reimplantation. *Current concepts in joint replacement*. Fourteenth anual 1998,paper 36
- 2.-Boby NJD.Producing and voiding stress shielding . *Clin. Orthopaedics* 1992, 274.79-82
- 3.-David A Mttingly, MD. Acetabularrevision options. *Current concepts in joint replacement*. Fifteenth anual 1999 paper 49
- 4.-J.David Blaha M.D Making press -fitt femoral revision work. *Current concepts in joint replacement* fourteenth anual 1998 paper 29
- 5.-Enghs L.A Bobyn JP influence of sistem and extent. Of porous coating on femoral bone resorption after primary cementles hip artroplasty. *Clinicl orthopaedics* 1998,231. 7-11
- 6.-Gie GA, Linder L,Lings RSM y cols. Impacted cancellous allografts and cemented por revision total hip arthroplasty *J.Bone joint surgery*. 1993, 75ª: 4-9
- 7.-Gine Marti E.Aflojamiento de la protesis total de cadera.*Rev. Orthopaedics traumatol*. 1996; 40MB, 437-44
- 8.-Harris W.steolisis and particle disease in hip replacement .*Acta ortopaedics Scand*. 1994; 65: 113-23
- 9.-Hooten JP, Eng CA Jr, Eng CA, Failure of structural acetbular acetabular allografts in cementless revision hip artroplasty. *J. Bone Joint surg*. 1994; 76B:419-25
- 10.-Hwie DW,Vernon-Roberts,BoaKeshtt R.Model of resortion of bone at cementles bone interfase in the presence poliethilene wear particles. *J.Bone Joint Suiegery* 1988.70ª :257 a 263.
- 11.-Hug P. Chandler.MD.Managing the infected total hip.*Current conceps in joint replacement* fourteenth anual 1998pp 29.
- 12.Knneth A.Krakov.MD.Initially invacive cement removal, tecnica.*Current conceps in joint replacement* fifteenth.anual 1999,pp38.
- 13.-Kurt Berlekan .et al .Astepwis algorithmic aproach to total hip revision .*Scientific exhibitat* 66th anual meeting of american academic of ortopaedic surgeron,feb 4-8,1999 Anaheim ,California pp1-6.
- 14.Maloney WJ et al.Severe osteolisis of de pelvi89s in asotiation whith acetabular replacement whithout cement.*JBJS* 1993,pp75a pp1627 -35.
- 15.-Older I. Et al. *Implant Bone interfase* Berlin :springer Vierlag 1990.
- 16.-Praposki WG y cols.Acqetabular reconstruction Whith massive acetabular allografh.*Instruc.course lect* .1996,45:pp149-159.
- 17.-Praposki WG. Col,Acetabular defect cloassification.clinica aplicacion orthop. *Rev*. 1990; 14 suppl. 3
- 18.- Papyrusky WG y cols.Femoral stut allografts in cementless revision total hip arthorplasty. *Clin. Orthop*. 1993;295:172-8
- 19.-Papyrusky WG y cols. Femoral defects classification,*Clinical orthop. Rev*. 1990: 9-15
- 20.- Schinalzried TP.y cols. Periprotetic bone loss in total hip arthropolasty *J.Bone Joint surg*. 1992 74ª 849-63
- 21.-Robert L.Burrack MD Avoiding thigh pain requieres cemented THAfourteenth anual joint rplacment 40th anual 1998 pap. 16
- 22.-Kurt Berlekamp y cols. Astepwise algorithmic approach to totl hip revision scientific E xibitat te 66th anual meeting of the american academi of orthop. Surg. Feb. 4-8 1999 Anahaeim Cal. Pp 1-6.

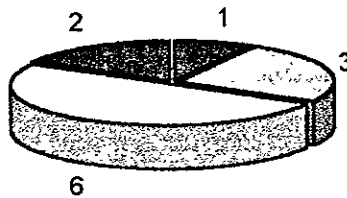
ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

### SEXO



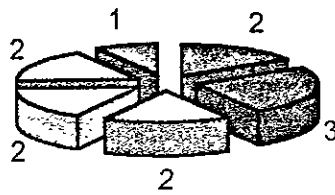
■ MASCULINO □ FEMENINO

### INTERVALO EN AÑOS ENTRE PRIMERA CIRUGIA Y CIRUGIA DE REVISION



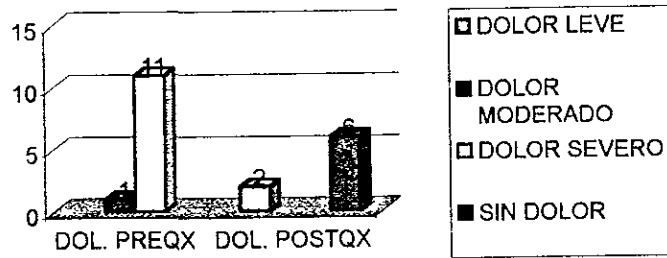
■ 0 - 5  
□ 6 A 10  
▨ 11 A 15  
■ 16 A 20

### CAUSAS DE CIRUGIA DE REVISION

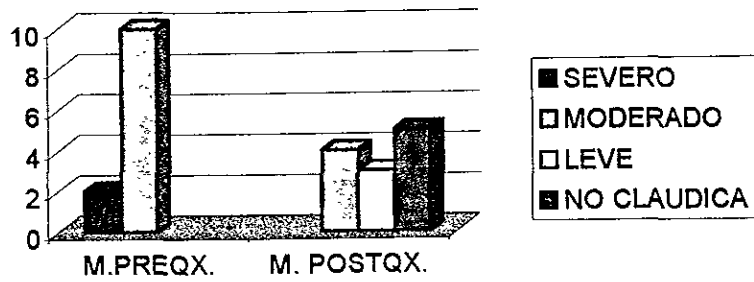


- PROT. ACET.
- AFLOJ FEM
- AFLOJ+INF
- PROT ACET+LX
- PROT.ACET+AFLOJ
- AFLOJ.+INF.

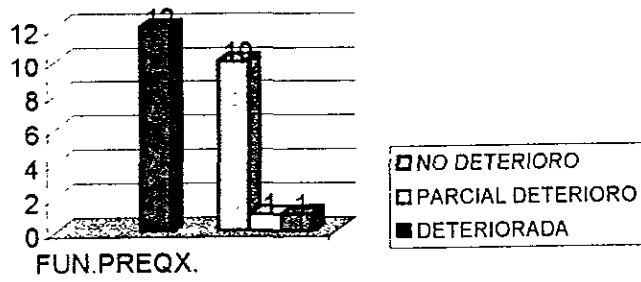
### COMPARACION ENTRE DOLOR



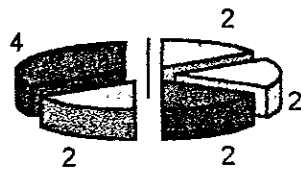
### COMPARACION ENTRE MARCHA



### COMPARACION DE FUNCION



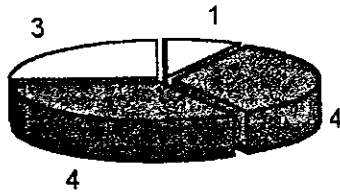
### DEFECTOS OSEOS ACETABULARES



TIPO IIA  
  TIPO IIB  
  TIPO IIC  
  TIPO IIIA  
  TIPO IIIB

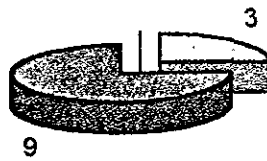


### DEFECTOS OSEOS FEMORALES



■ TIPO IIA ■ TIPO IIB ■ TIPO IIC □ TIPO III

### INJERTO OSEOS



■ CRESTA ILIACA ■ AMBOS