

COXARTROSIS

Autor

Dr. Eduardo Dalcourt César
Dr. Raúl Candebat Candebat
Dr. Julio Castillo Sáname
Dr. Santiago Jo Aldama

Servicio

Ortopedia y Traumatología

INTRODUCCIÓN

La artrosis de la cadera o coxartrosis es el resultado final de varias enfermedades que llevan a un deterioro de la articulación coxo femoral con degeneración del cartilago articular, neoformación ósea en los rebordes articulares, estrechamiento del espacio articular, esclerosis en las zonas de presión, quistes óseos en la cabeza del fémur y el acetábulo, y desde el punto de vista clínico, se caracteriza por dolor, claudicación y limitación de los movimientos de la articulación, lo que presupone una disminución de la calidad de vida de estos pacientes.

Etiología

La coxartrosis se clasifica en dos grandes grupos teniendo en cuenta si la etiología es primaria o secundaria:

- **Coxartrosis primaria:** deriva de la osteoartritis degenerativa primaria, donde no se recoge antecedente de afección previa de la articulación.
- **Coxartrosis secundaria:** artrosis que deriva de afecciones previas como: artritis reumatoide, secuelas de traumatismo (artritis pos traumática), necrosis avascular de la cabeza femoral, etc.

La artroplastia total de cadera se utiliza con éxito como tratamiento en la coxartrosis de diferentes etiologías. Las nuevas tecnologías suponen en muchos casos avances indudables en la mejoría de la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes que pueden beneficiarse con ella.

La artroplastia total de cadera está encaminada a aliviar el dolor, conservar el movimiento y la estabilidad de la articulación. Como método de tratamiento ha evolucionado merced a mejoras introducidas en el diseño de la cabeza femoral protésica, al conocimiento más adecuado de la mecánica de la cadera, incluso a la necesidad de resuperficialización del acetábulo para reducir la fricción y a la disponibilidad de materiales y técnicas de fabricación más apropiadas para los componentes de la prótesis.

Aunque en general los resultados por la ganancia en calidad de vida percibida por el paciente son buenos, se ha evidenciado una variabilidad tanto en el uso de la técnica como sobre el mecanismo de fijación.

OBJETIVOS

- Establecer una estrategia para el tratamiento quirúrgico de la coxartrosis
- Garantizar la estandarización en el manejo de la coxartrosis en el servicio de ortopedia del hospital "Hermanos Ameijeiras"
- Perfeccionar la base de datos para investigaciones futuras relacionadas con el tema

DESARROLLO

Diagnostico

El diagnostico se basa en el cuadro clínico y exámenes complementarios.

Diagnostico clínico

- ***Dolor en la articulación coxo femoral:*** es el síntoma fundamental; se acompaña de limitación de los movimientos y claudicación a la marcha, pudiendo o no existir acortamiento del miembro. Se trata de un dolor intenso, "profundo", que puede tener irradiación a las regiones glútea e inguinal y a las caras lateral y anterior del muslo, y a la rodilla.

- ***Al examen físico valorar***

⊞ ***Movimientos***

- Se examinan cuidadosamente los movimientos de la cadera: flexión, extensión, rotación interna, rotación externa, abducción, aducción, anotándose la amplitud de los mismos en grados. Se anotará además si existe alguna contractura fija y el grado de la misma.

⊞ ***Claudicación***

- Se observará la cojera del paciente al caminar y se evaluará en leve, moderada y severa según *Harris*.

⊞ ***Acortamiento del miembro***

- Se hará mensuración meticulosa de los miembros inferiores, anotándose la discrepancia de longitud de los mismos, en centímetros.

Pruebas diagnosticas confirmatorias

- ***Estudio radiológico:*** el diagnostico se confirmara mediante rayos X de caderas, donde se aprecian:

⊞ Estrechamiento del espacio articular

⊞ Neoformación ósea en los rebordes articulares (osteofitos)

⊞ Esclerosis en las zonas de presión

⊞ Quistes óseos en la cabeza femoral y acetábulo

Si se realiza vista AP de la pelvis ósea y lateral del lado afecto, estas debe permitir visualizar los 2/3 superiores de la diáfisis femoral, para hacer una adecuada valoración del estado de ambas articulaciones coxo femorales.

Estudio de enfermedades asociadas

Las enfermedades asociadas que con mayor frecuencia se encuentran son:

- Aparato respiratorio: EPOC
- Aparato cardiovascular: cardiopatía isquémicas e hipertensión arterial
- Sistema endocrino: diabetes mellitus
- Enfermedad del colágeno: artritis reumatoides y otras collagenosis

Todas estas enfermedades deben ser debidamente estudiadas y compensadas para disminuir el riesgo quirúrgico del enfermo.

Otros exámenes diagnósticos

- Los estudios de rutina se indicarán según guía del servicio de Anestesiología y Reanimación. Si existe antecedente de alguna infección previa en algún órgano o sistema se realizara además proteína C reactiva y/u homocisteína.

Criterios de inclusión de pacientes

- Para artroplastia total de cadera se selecciona al paciente con diagnostico confirmado de coxartrosis cuyo síntoma fundamental sea el dolor intratable.

Criterios de exclusión

- Pacientes con estado general deteriorado que contraindique la cirugía
- Antecedentes de infección en cualquier órgano o sistema, y que mantengan alteradas la eritrosedimentación, proteína C reactiva, la homocisteína, o alguna de ellas
- Mala calidad ósea, según *Singh*
- Obesidad mórbida
- Trastornos neurológicos con afectación de los músculos de la cadera
- Imposibilidad para la deambulación
- Mal nutridos
- Trastornos circulatorios severos
- Deformidades viciosas pos traumáticas o pos quirúrgicas alrededor de la cadera
- Caderas displásicas
- Trastornos de cualquier tipo que no colaboren con la rehabilitación pos operatoria (sobre todo para la marcha)

Tratamiento

Preparación pre operatoria

- Dieta libre en almuerzo. A partir de 6:00 PM dieta líquida y ayunas 6:00 AM.
- Baño en la sala 6:00 AM el día de la operación.
- Antibiótico peri operatorio: **cefazolina** 2 g en dosis única en la inducción anestésica. De ser necesario por manipulación excesiva o exposición quirúrgica prolongada continuar con 1 g cada 6 horas por 24 horas.

Técnica anestésica

- Anestesia: según la Guía del servicio de Anestesiología.

Técnica quirúrgica

En pacientes que sufran de coxartrosis se realiza:

- Artroplastia no cementada a pacientes con menos de 65 años de edad
- Artroplastia cementada a pacientes con más de 65 años de edad

Cuidados pos operatorios

- Profilaxis anticoagulante: dextrán-40: 500 mL en 8 horas. A partir del segundo día ¼ ASA diario durante 8 semanas.
- Movilización precoz: al día siguiente se autoriza sentarse fuera de la cama. La deambulacion con apoyo parcial se permitirá al día siguiente en los casos de prótesis cementada y en la no cementada al 5º día.
- Hemograma postoperatorio a las 6 horas después de la cirugía.

Alta hospitalaria

- De no existir complicaciones, el alta será al 4to. día de la cirugía con las recomendaciones necesarias para el área de salud correspondiente.

Seguimiento

- La primera consulta será a las 6 semanas, continuándose luego a los 3, 6, 9 y 12 meses. Posteriormente se realiza un seguimiento anual. En cada consulta se hará una evaluación integral del paciente, tomándose en cuenta el grado de satisfacción del mismo, la remisión o no de los síntomas y el grado de incorporación a sus actividades cotidianas entre otros aspectos.

Consultas de seguimiento	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	Otras
Tiempo →	A 6 semanas	A 3 meses	A 6 meses	A 9 meses	A 12 meses	Anual

EVALUACIÓN Y CONTROL

Indicadores de Estructura		Plan %	Bueno	Regular	Malo
Recursos humanos	Ortopedicos y personal auxiliar entrenados en contenido del PA	95	95	--	< 80
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los medicamentos expuestos en el PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95	95	--	< 80
Recursos Organiza- tivos	Garantizar el número progre- mado de 2 operaciones/semana	95	95	--	< 80
	% pacientes con Planilla de Re- cogida Datos (PRD) del PA	100	100	-	<100
	% pacientes con PRD incluida en LA Base de Datos	100	100	-	<100
Indicadores de procesos		Plan %	Bueno	Regular	Malo
% pacientes remitidos para ingreso/ paientes con criterio quirúrgico conformado		>95	>95	90-95	< 90
% consultas de seguimiento programadas/ Nº consultas seguimiento realizadas		>95	>95	90-95	< 90
% pacientes ingresados por coxartro- sis/Nº pacientes operados		>95	>95	90-95	< 90
% pacientes que firmaron el consentimiento informado		100	100	--	<100
Cumplimiento de la estadía pre operatoria		< 3	< 3	3-7	>7
Cumplimiento de la estadía pos operatoria		< 7	< 7	7-14	>14
Indicadores de resultados		Plan %	Bueno	Regular	Malo
% Pacientes con resultados entre 70 y 80 puntos según la escala de <i>Harris</i>		> 85	> 85	75-84	<75
% Reincorporación de pacientes operados a sus actividades habituales		> 80	> 80	70-80	< 70

Información a pacientes y sus familiares

Tanto a los pacientes como a sus acompañantes se les dará una explicación detallada y clara de todo lo relacionado con su enfermedad, su tratamiento, la evolución y las posibles complicaciones. Se recogerá el consentimiento informado en todos los casos el cual se archiva adjunto a la historia clínica.

Bibliografía

1. Álvarez R. Tratado de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 1ra Ed. Ciudad de la Habana. Ed. Pueblo y Educación. 1986. T2: pp 118.
2. Atroshi I, Ornstein E, Franzen H, Johnsson R, Stefansdottir A, Sundberg M. Quality of life after hip revision with impaction bone grafting on a par with

that 4 years after primary cemented arthroplasty. *Acta Orthop Scand*. 2004 Dec; 75(6):677-83.

3. Broos PL. Prosthetic replacement in the management of unstable femoral neck fractures in the elderly. Analysis of the mechanical complications noted in 778 fractures. *Acta Chir Belg*. 1999; 99(4):190-4.
4. D'Ambrosia RD. Epidemiology of osteoarthritis. *Orthopedics*. 2005 Feb; 28(2 Suppl):s201-5.
5. Jacobsen S, Sonne-Holm S, Soballe K, Gebuhr P, Lund B. Radiographic case definitions and prevalence of osteoarthritis of the hip: a survey of 4 151 subjects in the Osteoarthritis Substudy of the Copenhagen City Heart Study. *Acta Orthop Scand*. 2004; 75(6):713-20.
6. Kordasiewicz B, Rylski W, Zakrzewski P, Sawicki G, Orlowski J, Pomianowski S. [Dislocation after total hip arthroplasty] *Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol*. 2004; 69(5):325-30.
7. Pozowski A, Kopys J, Kowalski J, Kaczmarska B. Significance of primary stabilization of the acetabular part of hip endoprosthesis in revision arthroplasty with extensive bone defects. *Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol*. 2004; 69(2):77-83.
8. Singh M, Nagrath AR, Main PS. Changes in trabecular pattern of the upper end of the femur and index of osteoporosis. *J. Bone Surg Am*. 1970. 52:457-67.
9. Van Stralen GM, Struben PJ, van Loon CJ. The incidence of dislocation after primary total hip arthroplasty using posterior approach with posterior soft-tissue repair. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2003; 123(5):219-22.
10. Van der Grinten M, Verhaar JA. Dislocation of total hip prostheses; risk factors and treatment. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2003 Feb 15; 147(7):286-90.
11. Zwartele RE, Brand R, Doets HC. Increased risk of dislocation after primary total hip arthroplasty in inflammatory arthritis: a prospective observational study of 410 hips. *Acta Orthop Scand*. 2004; 75(6):684-90.