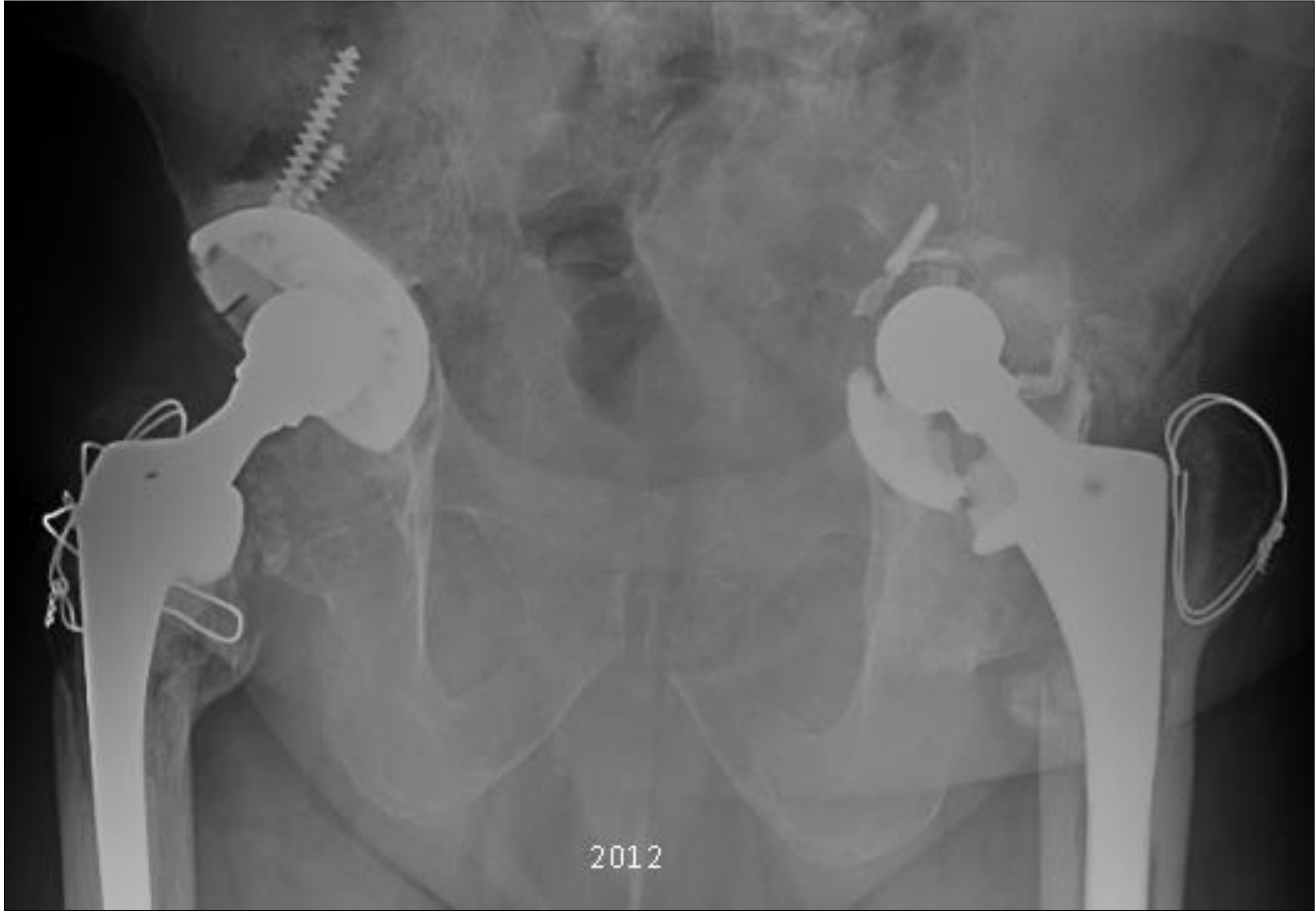


# COTILO INTRAPÉLVICO POR AFLOJAMIENTO ASÉPTICO. PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA.

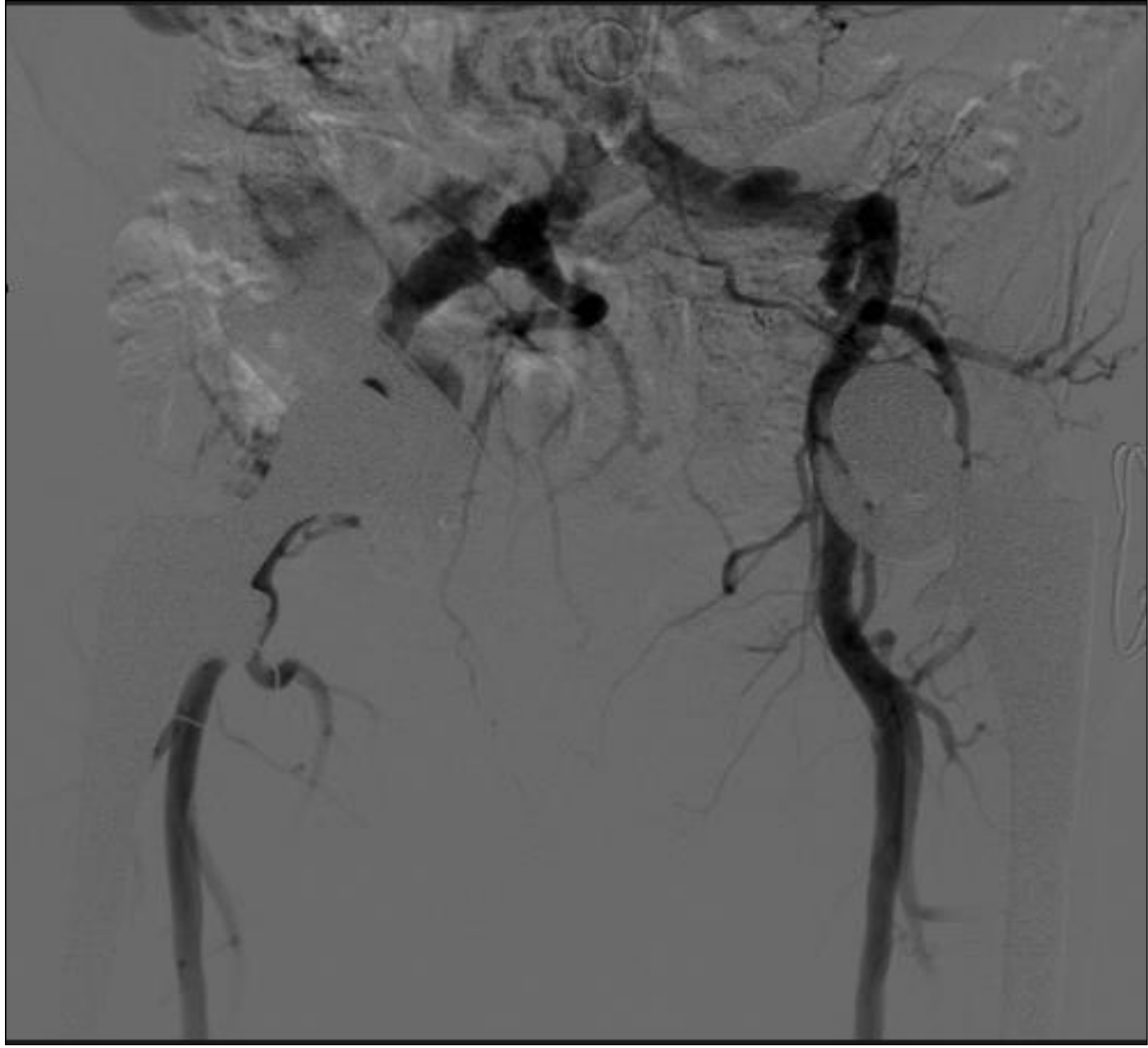
Herrero V, Ávila C, Fernández B, Yaguez M, Moreno A, Campo J.

La migración del cotilo intrapélvico es una complicación peligrosa con baja incidencia. Se han descrito lesiones vasculares, neurológicas y viscerales en este contexto debido a la vecindad de estas estructuras. Ésta aparece en el escenario de una mala calidad ósea y/o aflojamientos acetabulares. Para intentar minimizar los riesgos que implica su retirada, se ha de realizar una minuciosa planificación quirúrgica mediante TAC para valoración del defecto óseo y se recomienda la realización de un angio TAC para valorar estructuras vasculares en contacto con el componente protésico.

Nuestro objetivo es presentar el caso de un varón de 79 años que presentó en el seguimiento en consultas una migración del cotilo intrapélvico como consecuencia de un aflojamiento de su prótesis total de cadera.



El paciente fue intervenido en 1988 de artroplastia total de cadera. A los 14 años aparecen signos de aflojamiento del cotilo por lo que se le plantea un recambio. En la cirugía se produce un sangrado arterial activo que obliga a la finalización precoz de la cirugía cementando los nuevos componentes. Diez años más tarde el cotilo se moviliza a una posición intrapélvica por lo que se decide un nuevo recambio. Intraoperatoriamente se observa un defecto óseo tipo IIIB con importante metalosis por lo que se rellena el trasfondo con injerto, se coloca una caja tipo Burch-Schneider y se cementa el polietileno sin la retirada de los resto del cotilo anterior en previsión de evitar un nuevo sangrado.



Se siguieron revisiones periódicas con buenos controles radiográficos y el paciente matuvo deambulación con ayudas técnicas tipo muletas. Actualmente, a los 6 años de la cirugía, mantiene las ayudas técnicas, presenta leves molestias y no hay cambios radiográficos.

Este tipo de complicación presenta una dicotomía en cuanto al abordaje a realizar; por un lado se plantea el abordaje anterolateral o posterior convencional a la cadera, para realizar la retirada del cotilo con aporte de injerto y colocación de una caja según defecto, con sus riesgos asociados frente al empleo de un abordaje intrapélvico para un mejor control del estructuras neurovasculares así como la posibilidad de colocar una placa suprapectinia para la restauración de las columnas anterior y posterior.

